

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL ESTADO EMOCIONAL
DE PACIENTES CON VIH Y SIDA**

YESICA PINZÓN VISUETTI

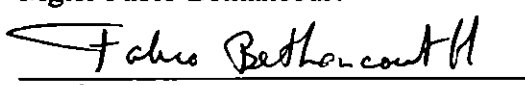
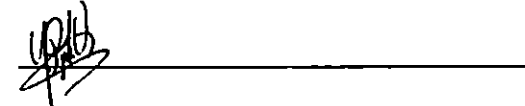
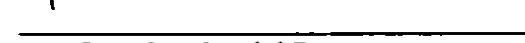
Tesis presentada como uno de los requisitos para optar por el título de Maestría en Psicología Clínica

**PANAMA, REPÚBLICA DE PANAMA
2011**

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCION

14 MAY 2012

Programa de Maestria en	Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Numero de código	327 14-06 10-85
Nombre del estudiante	Yesica Pinzon Visuetti
	Ced 2 704-800
Titulo que aspira	Maestria en Psicologia Clinica
Tema de Tesis	Intervencion psicoterapéutica en un grupo de pacientes con VIH/SIDA tendiente a mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y el estado emocional
Resumen Ejecutivo	Se trata de un diseño de investigación experimental en el que se evaluará la efectividad de una intervención psicoterapeutica grupal aplicada a pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en tratamiento para mejorar su adherencia al tratamiento y el estado emocional
Nombre del Asesor	Mgter Fabio Bethancourt
Firma del Asesor	
Firma del Estudiante	
Aprobado por	 Coordinador del Programa
	Director de Postgrado de la Vicerrectoria de Investigación y Postgrado

Fecha _____

4053

Obsequio

DEDICATORIA

A todos las personas que viven con VIH y Sida que a pesar de su situación de salud se esfuerzan cada día por mejorar su calidad de vida, buscando los recursos que les ofrecen los profesionales de la salud para fortalecerse y hacer de los momentos de crisis una oportunidad de cambio positivo en sus vidas

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por haberme permitido realizar esta investigación la cual ha aportado de manera valiosa a mi vida personal y profesional

A mi familia, principalmente a mis padres Marielena y Jorge quienes se han esforzado por formarme como persona y profesional A mis hermanos familiares y amigos en especial a Samuel por su comprensión y soporte incondicional

Al Magister Fabio Bethancourt quien dedicó su valioso tiempo conocimiento y logró transmitir la motivación para la realización del mismo

Al Doctor Eduardo Remor del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid España, por facilitarme las pruebas y documentos para realizar la investigación

A la Organización Aid for Aids Panamá, en especial a Trina Maria Aguais por su disposición para facilitar la realización de este estudio en esta institución, por su apoyo y colaboración incondicional

A todos los pacientes quienes se motivaron a participar de esta investigación mi agradecimiento especial por su contribución pues sin ellos no hubiese sido posible gracias por su invaluable aporte

ÍNDICE GENERAL

	Págs
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	1
A Psicología de la salud y Enfermedad Crónica	2
B Relación Salud y Comportamiento	4
C Promoción de la Salud y Calidad de Vida	6
1 Ejercicio Físico	7
2 Nutrición Adecuada.	7
3 Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas	7
4 Adherencia Terapéutica.	9
D Psiconeuroinmunología y enfermedad crónica	11
E Antecedentes del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el	
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	12
1 Etiología del VIH/SIDA	13
2 Epidemiología de la Infección por VIH/SIDA	13
F El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	16
1 El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el sistema	16
inmunológico humano	

2	Vías de Transmisión del VIH	17
3	Detección de la Infección	21
4	Evolución de la Infección	23
5	Diagnóstico SIDA	28
6	Enfermedades oportunistas	29
G	El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Panamá	31
1	Origen del VIH/SIDA en Panamá	31
2	Acciones gubernamentales y no gubernamentales respecto a la problemática del VIH/SIDA desde el inicio de la epidemia	33
3	ONG Aid for Aids	36
4	Marco Legal	40
5	Sistema de Salud Panameño	43
6	Clinicas de Atención a personas con VIH	46
H	Proceso de Duelo en el paciente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	49
I	Afrontamiento al VIH/SIDA	52
1	Definición de Afrontamiento	54
2	Estilos de Afrontamiento	54
3	Afrontamiento y VIH/SIDA	55
J	Estado Emocional del paciente con VIH y Sida	57

K	Adherencia al Tratamiento Antirretroviral	58
1	Definición de Adherencia	58
2	Importancia de la Adherencia	59
3	Adherencia Óptima o Estricta	60
4	Factores que influyen en la Adherencia	61
5	Papel del Psicólogo en la optimización de la Adherencia	64
L	Terapia Cognitiva Conductual	67
M	Terapia Racional Emotiva – Conductual (TREC) de Albert Ellis	70
1	El Modelo A B C de la TREC	70
2	La Terapia Racional – Emotiva de Grupo	75
N	Tratamiento Terapéutico al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	81
1	Definición de Tratamiento Antirretroviral	83
2	Descripción del Tratamiento Antirretroviral	83
3	Esquemas de tratamiento	84
4	Esquemas de tratamiento recomendados	84
5	Criterios para el inicio del Tratamiento Antirretroviral	85
CAPÍTULO II	ASPECTOS METODOLÓGICOS	88
A	Planteamiento del Problema	88
1	Objetivos Generales	89
2	Objetivos Específicos	89
3	Preguntas de Investigación	89
B	Tipo de Estudio	90

C	Formulacion de Hipótesis	90
D	Variables de Estudio	94
1	Identificación de las Variables	94
2	Definición Conceptual de las Variables	95
3	Definición Operacional de las Variables	96
E	Diseño de la Investigación	99
F	Diseño Estadístico	99
G	Población y Selección de la Muestra	100
1	Poblacion	100
2	Muestra	100
H	Instrumentos de Medición	102
1	Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida (CEAT VIH)	102
2	El Inventario Clínico Multiaxial de la Personalidad de Millon III (MCMI III)	102
I	Métodos de Intervención	103
J	Procedimiento	110
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN		112
A	Presentación de los Resultados	113
1	Resultados encontrados en el Cuestionario de para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida (CEAT VIH)	115
2	Resultados encontrados en el Inventario Clínico Multiaxial de la Personalidad de Millon III (MCMI III)	120

B Razones para la limitación grupal y no individual	135
C Descripción del grupo	136
CONCLUSIONES	139
RECOMENDACIONES	144
REFERENCIAS	147
ANEXOS	157

Resumen

En esta investigación de diseño cuasi experimental se trabajó con dos grupos experimental y control. La muestra estuvo integrada por 9 sujetos de los cuales 5 formaban al grupo experimental y 4 al grupo control.

Al grupo experimental se le aplicó una intervención cognitiva conductual dirigida a mejorar la Adherencia al tratamiento Antirretroviral y el estado emocional. Una vez finalizada la intervención se procedió a la aplicación de las pruebas a ambos grupos. De esta forma se pudo comparar el efecto de la intervención cognitiva conductual para el mejoramiento de la adherencia y el estado emocional de los pacientes de Aids for Aids Panamá.

Los resultados indicaron el mejoramiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional depresivo, mostrando sin diferencias significativas para el mejoramiento de la ansiedad.

Summary

In this investigation of design cuasi experimental one worked with two groups experimentally and control. The sample was integrated by 9 subjects of which 5 were forming the experimental group and 4 to the group control.

To the experimental group there was applied to him a cognitive behavioral intervention directed to improving the Adherence to the Anti retroviral treatment and the emotional condition, once finished one proceeded the intervention to the application of the tests to both groups. Of this form it was possible to compare the effect of the cognitive behavioral intervention for the improvement of the adherence and the emotional condition of the patients of Aids for Aids Panamá.

The results indicated the improvement of the adherence to the anti retroviral treatment and the emotional depressive condition, showing without differences.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las enfermedades crónicas son uno de los principales problemas de salud las mismas se han incrementado significativamente y constituyen los principales padecimientos y causas de muerte en la población mundial Se estima que el 50% de estas enfermedades están asociadas a factores psicológicos y comportamentales relacionados a aprendizajes y hábitos no saludables de los sujetos que las padecen

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con enfermedad crónica a nivel cognitivo emocional conductual y social contribuye a un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia para realizar los cambios que producen mejoras significativas en la calidad de vida del paciente

Es de interés para la psicología como tema comportamental la adherencia de los pacientes a los tratamientos recomendados por el equipo de salud para los cuales se deben cumplir reglas importantes que van a determinar la eficiencia del mismo en la persona que está indicado

En esta investigación se expone el interés por conocer si una intervención cognitiva conductual mejora los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional de los pacientes que la reciben Esto debido a que la adherencia al tratamiento antirretroviral está muy ligada al buen funcionamiento psicológico del paciente lo que la coloca en un tema de interés para los psicólogos También se busca mejorar la actividad

psicológica generada a partir del padecimiento de una enfermedad crónica rodeada de estigmatización y discriminación hacia las personas que viven con ella, tomando en consideración que la misma se encuentra relacionada con aspectos morales muy marcados lo cual contribuye al deterioro de la estabilidad psíquica.

Conociendo el impacto que tienen estas variables para el manejo de esta población se realiza este estudio con el propósito de ampliar nuestros conocimientos sobre este tema, acentuando la importancia del papel del psicólogo en el tratamiento de esta población

En el capítulo I se expone el Marco Teórico sobre el que se ha basado la investigación

En el capítulo II se presentan los Aspectos Metodológicos en el cual se muestra lo referente al planteamiento del problema, los objetivos de la investigación así como el diseño estadístico la población, las sesiones de la intervención cognitiva conductual los instrumentos utilizados para la recolección de la información y el procedimiento realizado para llevar a cabo la investigación

En el capítulo III se presentan los resultados obtenidos y la discusión de dichos resultados

Finalmente en el capítulo IV se presentan las conclusiones y recomendaciones sugeridas del estudio

Para la redacción de esta investigación se utilizaron casi en su totalidad las normas básicas de la Asociación Psicológica Americana, con el objetivo de unificar el formato para su mayor comprensión

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

A Psicología de la Salud y Enfermedad Crónica

La Salud y la enfermedad han sido consideradas como entidades opuestas puesto que la presencia de una supone la ausencia de la otra. Por lo tanto estar enfermo significa que se tiene ausencia de salud, lo que se expone en manifestación de signos y síntomas que indican una deficiencia en el funcionamiento físico y mental de la persona.

Estas consideraciones han sido superadas por la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (O M S) quien en 1974 propuso una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones la salud es el completo bienestar físico mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades Por lo que queda establecida la necesidad de atención integral en estas tres grandes esferas del ser humano citado en Morales Calatayud (1999)

La Psicología ha hecho grandes aportes al tratamiento de enfermedades a través de la Psicología de la Salud la cual podría ser definida como la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta, la evaluación el diagnóstico la prevención, la explicación, el tratamiento y la modificación de trastornos mentales o cualquier otro comportamiento

relevante para los procesos de la salud y enfermedad en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Oblitas 2006)

La Psicología de la Salud tiene objetivos definidos en su campo laboral que contribuyen al mejoramiento de la salud de la población los cuales se señalan a continuación (Oblitas 2006)

- _ Promoción de la salud Se trataría de todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable entendiendo por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo En este sentido destacarían las destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria.
- _ Prevenir enfermedades. Esta tarea pasaría por la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías bien crónicas o agudas En este aspecto se hace aun más evidente la estrecha relación entre los ámbitos de la promoción y de la prevención Sin embargo existen otros muchos comportamientos de riesgo cuya eliminación es la única y más eficaz forma de evitar muchas enfermedades graves
- _ Evaluar y tratar enfermedades específicas. Son muchas las alteraciones que han sido objeto de tratamientos basados en las técnicas de modificación de conducta, como es el caso de las enfermedades crónicas entre ellas el VIH/SIDA
- _ Evaluar y mejorar del sistema sanitario En este se encuadrarían todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la

práctica profesional a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados además de la formulación de una política de salud

Brannon y Feist (2001) citados por Olvera y Soria 2008 definen la enfermedad cómo un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente. Estos trastornos perduran y son mortales tras un periodo de tiempo prolongado en el cual los síntomas no son necesariamente constantes. La persona que padece alguna enfermedad crónica puede llegar a sentirse relativamente bien en ocasiones o muy mal en otras pero nunca está totalmente sana.

Cuando un paciente es diagnosticado o padece una enfermedad crónica se van a ver afectados aspectos físicos, familiares, psicológicos, laborales y sociales. Esta afectación será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad de este pero también de los aspectos biográficos del sujeto, de su personalidad y de los recursos psicológicos de los que disponga.

Una enfermedad crónica es una situación con la que el paciente tendrá que vivir el resto de sus días. Es importante recalcar que la enfermedad crónica por sí sola, no es lo más difícil de afrontar por parte del paciente que la padece sino la forma en que percibe los cambios en su entorno.

El curso del trastorno crónico implica cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Los pacientes deberán adaptarse a las nuevas condiciones de un trastorno que puede durar toda la vida y asumir psicológicamente el rol del paciente crónico.

B- Relación salud – comportamiento

Este enfoque en el campo de la salud propone que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas.

poco saludables. Es evidente hoy en día para los profesionales de la salud el impacto de nuestra conducta diaria, pensamientos y relaciones sociales en la salud y en la enfermedad. Existe evidencia considerable de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo.

Las expectativas de vida se han incrementado notablemente como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico (Herman y Oblitas 2005) citado en Oblitas de 2006.

Los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Sentimientos de ser amados y apoyados por otros pueden ayudarnos a tratar con situaciones estresantes.

El estado psicológico con más claros efectos negativos en nuestra salud es el estrés, habiéndose asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud, extendiéndose desde la enfermedad cardíaca coronaria, al cáncer y supresión del sistema autoinmune (Jemmott y Locke 1984, Field, McCabe y Schneiderman, 1985, Labrador 1992) citado en Oblitas 2006.

El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos en reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales.

1 Patógenos e inmunógenos conductuales

Podemos hablar de patógenos e inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son aquellas conductas que hacen a uno más susceptible a la enfermedad. Los inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad (Matarazzo 1984) citado por Oblitas 2006.

Las conductas de salud son conductas en las que toma parte un individuo cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad (Kasl y Cobb 1966). Citado en Oblitas 2006. Estas incluyen un cambio en un amplio abanico de conductas.

Para comprender las conductas de salud se debe conocer los contextos en que ocurren. Este contexto comprende una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales que incluyen aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales (Winett, King y Atman, 1989). Citado en Oblitas 2006.

C Promoción de la salud y la calidad de vida

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo que repercuten en su bienestar físico, mental y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, aprehendidos mediante la investigación epidemiológica. A continuación se presentan algunos de los más importantes comportamientos relacionados con la salud (Oblitas 2004, 2006, 2007).

1 Practicar ejercicio físico

Realizar actividad física de modo regular es adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad

Una actividad física enérgica practicada regularmente reduce los efectos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física pueden proteger a la gente de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud. Investigaciones han mostrado una fuerte evidencia que la realización de ejercicio o gozar de buena salud contribuye a la estabilidad emocional. Fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión.

2 Nutrición adecuada

Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales y un consumo adecuado evitando una ingesta excesiva de alimentos.

La dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición y ayuda a los que padecen enfermedades a afrontarlas.

3 Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas

Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Éstas influyen sobre la salud por medio de diferentes mecanismos. Como el Síndrome General de Adaptación de Selye (1936) también denominado estrés, el cual se define así: Se considera que una persona

está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer” El estrés del individuo depende de las discrepancias entre las demandas del medio externo e interno y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a la situación estresante Morales Calatayud (1999) Klinger J y colaboradores (2005)

Esta definición está acorde con el enfoque interaccional del estrés de Lazarus y Folkman que es el más aceptado de la actualidad y que concibe a éste como un proceso transaccional entre el individuo y la situación Según dicho enfoque la naturaleza y la intensidad de la reacción del estrés vienen moduladas al menos por tres factores en primer lugar por el grado de amenaza que el sujeto percibe en la situación en segundo término por la valoración que el individuo hace de los recursos que cree tener para afrontar con éxito la demanda de la situación en tercera instancia, por la disponibilidad y el grado de afrontamiento que el sujeto pone en marcha para restablecer el equilibrio en la transacción persona ambiente La cronicidad de este síndrome (SGA) conlleva un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad

Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno específico sino que representan un riesgo específico que hace a los sujetos más vulnerables ante las enfermedades en general

El estrés no sólo puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud, sino que también puede influir sobre la salud de modo indirecto mediante la elicitación o el mantenimiento de conductas no saludables Las cuales son importantes para la

salud del individuo los efectos a nivel organico que produzca el estrés u otras emociones negativas Es más probable que un individuo que viva bajo situaciones estresantes incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables Se ha sugerido que el apoyo social puede ser un factor modulador del estrés importante para aquellas personas que viven bajo situaciones estresantes

También, se han sugerido distintas variables psicológicas como moduladoras de la relación entre el estrés y la enfermedad No obstante el concepto capital en el enfoque interaccional del estrés es el de afrontamiento

Cuando se rompe el equilibrio en la transacción persona situación, el sujeto pone en marcha una serie de conductas manifiestas o encubiertas con el objeto de restablecer el equilibrio

Dotar al individuo de recursos conductuales y cognitivos para hacer frente al estrés parece ser la vía más adecuada para minimizar los efectos perjudiciales del mismo sobre la salud

4 Adherencia terapéutica

Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente han de tenerse en cuenta dos aspectos En primer lugar el consejo debe ser acertado En segundo lugar debe ser seguido por el individuo

A pesar de los esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud durante los ultimos 50 años para intentar solucionar la problemática de la ausencia de adherencia a los regimenes terapéuticos ésta es aun una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la

Salud Uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar un clínico en sus intervenciones es el de que el paciente no sigue sus prescripciones a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas

Es preocupante el hecho del elevado numero de personas que no se adhiere a los regimenes profilácticos prescritos llegando a situaciones que el incumplimiento de las prescripciones médicas es más la norma que la excepción

En el caso de las enfermedades crónicas la falta de adhesión al tratamiento acarrea consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los pacientes además de derivar en un coste importante para la sociedad

Por tanto el incumplimiento y no seguimiento de las prescripciones genera unos costes personales importantes en especial en la calidad de vida que puede gozar la persona. Pero además se está produciendo una mala utilización de los servicios de salud con el consiguiente e innecesario incremento de los costes sanitarios

Es evidente que la adherencia a las prescripciones de los clinicos evitaria visitas innecesarias de los sujetos a los servicios de salud así como las hospitalizaciones innecesarias

La no adherencia podría, interpretarse como una forma de negación o autoflagelación de la persona con respecto a la enfermedad que padece en este caso la infección por el VIH/SIDA

D- Psiconeuroinmunología y Enfermedad Crónica

La Psiconeuroinmunología estudia la relación entre la conducta y el sistema nervioso endócrino e inmune para ello recurre a la metodología empleada en cada una de las ramas de la ciencia que abordan estos campos del conocimiento

Las infecciones son estrés para el organismo. Cualquier reto inmunológico que amenace la estabilidad del medio interno es interpretado como estresante y se ha denominado estrés inmune. Es similar a otros tipos de estrés porque también es modulado por el eje neuroendocrino.

Los investigadores de la psiconeuroinmunología consideran la influencia del sistema nervioso central sobre el sistema inmune y viceversa. Así se sugiere que el cerebro y el sistema inmune interactúan vía hormonas, neurotransmisores e interleucinas (mensajeros químicos a corta distancia) que viajan a través de la sangre y los nervios. Esta comunicación química bidireccional es regulada por el factor de liberación de la hormona adrenocorticotropa, el cual es estimulado por pensamientos y emociones o activación inmune que afecta el eje hipotalámico – pituitario – adrenal. Existe evidencia suficiente de que los eventos que ocurren en el cerebro en respuesta al estrés en el eje hipotalámico – pituitario – adrenal son similares a aquellos eventos que ocurren ante un sistema inmune activado. Los eventos estresantes en la vida de una persona están ligados estrechamente con la susceptibilidad al desarrollo de infecciones o reactivaciones de virus y progreso acelerado de enfermedades como el cáncer y la infección por el VIH (Klinger y colaboradores 2005).

E Antecedentes del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue registrado por primera vez en Estados Unidos en 1981 cuando los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dieron a conocer la aparición inexplicable de la neumonía por *Pneumocytis carinii* en cinco varones homosexuales previamente sanos de Los Angeles así como de sarcoma de Kaposi en 26 varones homosexuales previamente sanos de Nueva York y Los Angeles (Harrison 2006)

Poco tiempo después se comenzó a identificar dicho síndrome en varones y mujeres adictos a drogas por vía parenteral e inmediatamente después en pacientes receptores de transfusiones sanguíneas como los hemofílicos. A medida que se fue identificando el patrón epidemiológico de la enfermedad se pudo relacionar que el agente etiológico de la enfermedad era un microorganismo transmisible por contacto sexual (con el mismo sexo o con el sexo opuesto) por la sangre y los hemoderivados.

En 1983 se aisló el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en un paciente que padecía adenopatías linfáticas y fue hasta 1984 cuando se demostró que este virus era el agente causal del SIDA. En 1985 se desarrolló una prueba de inmunoabsorbente ligado a enzimas (enzymeliked immunosorbent assay ELISA) la cual permitió percatarse del alcance y la evolución de la epidemia de infección por el VIH al comienzo de la pandemia en Estados Unidos y otros países desarrollados y después en las naciones en desarrollo del mundo (Harrison 2006)

1 Etiología del VIH

El agente causante del Síndrome de Inmuno Deficiencia adquirida es el VIH que pertenece a la familia de los retruvirus humanos dentro de la subfamilia de los lentivirus

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida es causado con mayor frecuencia en el mundo por el VIH 1 del cual existen varios subtipos con distinta distribución geográfica. (Harrison 2006) (De Vita. 1990)

El VIH 2 se identificó por primera vez en 1986 en sujetos de África occidental y permaneció por cierto tiempo confinado a esta región. Con el pasar del tiempo se han descrito casos en todo el mundo a los que se puede seguir el rastro hasta África occidental o que se originaron a partir de contactos sexuales con personas de esa zona.

El VIH 1 como el VIH 2 son infecciones zoonóticas. El VIH 2 tiene una relación filogenética más estrecha con el virus de la inmunodeficiencia del simio (simian immunodeficiency virus SIV) encontrado en los mangabeys ennegrecidos. Es probable que el VIH 1 se haya originado en la especie *Pan troglodytes troglodytes* de chimpancés en los que el virus había evolucionado durante siglos (Harrison 2006)

2 Epidemiología

Las estadísticas mundiales demuestran que la infección por VIH/SIDA es una pandemia global puesto que se han publicado casos en casi todos los países

A finales del 2004 ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 38 6 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de los cuales 36 3 millones eran adultos 17 3 millones mujeres y 2 3 millones menores de 15 años Cada día 11 mil personas se infectan por el VIH en todo el mundo En el 2004 se estimó que alrededor de 4 1 millones de personas contrajeron la infección

Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años Durante el 2005 el SIDA causó 2 8 millones de muertes

La region mas afectada en el mundo es la Africa Subsahariana en la que concentra mas del 70% de las infecciones de todo el mundo en donde el SIDA es responsable de una de cada cinco muertes convirtiéndose en la principal causa de muerte de estos países

De acuerdo con el The World Health Report, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, el SIDA es responsable del 5 2% de las muertes que ocurren en todo el mundo lo que la convierte en la cuarta causa de muerte mundial El gran impacto de la mortalidad por SIDA ha provocado el descenso en la expectativa de vida en numerosas naciones africanas En países como Botswana y Zimbabwe segun datos disponibles indican que la seroprevalencia es de más del 30% de la población adulta infectada por el VIH por lo que han perdido alrededor de 30 años en su expectativa de vida. Otros países como Sudáfrica, Kenia, Zambia, Costa de Marfil Ruanda y Mozambique también presentan reducciones importantes (ONUSIDA Situación de la Epidemia de SIDA 2007)

En America se estima que Haití ha perdido alrededor de 8 años en su expectativa de vida. Sin embargo el crecimiento de la epidemia no es homogéneo en las distintas regiones del planeta. Europa Oriental y Asia Central son las regiones que tienen las epidemias de más rápido crecimiento en tanto que América del Norte y México registran un aumento moderado (ONUSIDA Situación de la Epidemia de SIDA 2007)

A pesar de que América Latina y el Caribe tienen una epidemia más reciente el número de infecciones por VIH rebasó la cifra de 2 millones de infecciones (1 7 millones en América Latina y 440 mil producidas en el Caribe) No obstante lo más preocupante es que el Caribe se ha convertido en la segunda región más afectada por la epidemia del SIDA con una prevalencia del 2 3% en población adulta. (ONUSIDA Situación de la Epidemia de SIDA 2007)

Se estima que en América Latina y el Caribe se infectan más de 500 personas por día, lo que traerá como consecuencias mayores muertes por esta enfermedad en las décadas venideras

Los países con mayor prevalencia de SIDA pertenecen al área del Caribe Haití (3 8%) Bahamas (2 9%) Trinidad y Tobago (2 6%) Guyana (2 4%) y Belice (2 1%) Le siguen en orden de magnitud países de América Central como de El Caribe (Surinam Barbados Jamaica, Honduras y Republica Dominicana) con cifras del 1 % al 2% de prevalencia en adultos (ONUSIDA Situación de la Epidemia de SIDA 2007)

Es importante señalar que en los diferentes países del mundo prevalecen distintos tipos de VIH 1 lo que aumenta la dificultad para desarrollar una cura.

F El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

1 El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el sistema inmunológico humano

Una vez que ocurre la primera manifestación del brote del virus durante la infección primaria provocada por el VIH las personas responden poniendo en marcha una resistente respuesta inmunitaria que frecuentemente reacciona adecuadamente reduciendo los niveles de virus en la sangre contribuyendo a hacer más lenta la progresión de la enfermedad y por ende la manifestación de síntomas clínicamente evidentes durante un plazo en el que su mediana es de 10 años

Los elementos celulares $CD4^+$ del sistema inmunitario con receptores de células T específicos para el VIH son en teoría los linfocitos T $CD4^+$ que tienen más probabilidades de unirse con las células infectadas de infectarse ellas mismas y de ser destruidas. Una de las primeras consecuencias de la infección por el VIH podría ser la interferencia en la génesis de una respuesta inmunitaria eficaz a través de la eliminación de los linfocitos T $CD4^+$ específicos para el virus de la inmunodeficiencia humana. (Harrison 2006)

Muchos investigadores han tratado de buscar las características y de conocer a fondo el proceso y cada uno de los elementos que intervienen en la respuesta inmunitaria al VIH pero no se ha logrado saber cuáles de estos fenómenos son los más importantes para retrasar la progresión de la infección y si desempeñan algún papel en la génesis de esta patología. Esta falta de conocimiento ha imposibilitado el desarrollo de una vacuna eficaz contra la enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana.

2 Vías de Transmisión

El VIH se transmite por medio de contactos homosexuales y heterosexuales. Este puede ser a través de contactos con fluidos como semen, sangre y hemoderivados por contagio de la madre infectada a su hijo durante el parto, el período perinatal o a través de la leche materna. En 20 años de análisis no se ha hallado evidencia de que el VIH se transmita por contactos casuales ni por insectos (Harrison 2006).

Vías de transmisión del VIH

- a. **Vía Sexual** La infección por el VIH es sobre todo una enfermedad de transmisión sexual. La forma más frecuente de transmisión del virus es entre miembros heterosexuales, particularmente en los países que se encuentran en vías de desarrollo. Se estima que cerca del 42% de las infecciones nuevas por el VIH siguen ocurriendo en varones homosexuales y 33% de las nuevas infecciones son por contagios heterosexuales.

Existe una fuerte relación entre la transmisión del virus y el individuo receptor del coito anal, debido a que la mucosa rectal es más delgada y frágil; también este puede estar acompañado de algún traumatismo, lo que hace a esta área potencialmente más vulnerable. Las duchas anales y las prácticas sexuales que traumatizan la mucosa rectal también incrementan la probabilidad de infección.

En un estudio realizado durante 10 años en Estados Unidos sobre la transmisión heterosexual del VIH se observó que la transmisión desde el varón a la mujer es aproximadamente ocho veces más eficaz que a la inversa. Esta diferencia puede deberse en parte al contacto prolongado del líquido seminal infectado con la mucosa de la vagina o el cuello uterino y también del endometrio. Por lo contrario, el pene y su orificio uretral permanecen expuestos por menos tiempo al contagio del líquido vaginal infectado.

- b. Por sangre y hemoderivados la infección puede transmitirse a las personas que reciben transfusiones de sangre contaminada por el VIH, hemoderivados o trasplantes histiocitos. Las personas que utilizan drogas intravenosas pueden infectarse del virus debido a que comparten los mismos instrumentos como agujas, jeringuillas, el agua en la que se mezcla la droga o el algodón a través del que se filtra, los cuales están contaminados.

La infección puede darse por vía perentoral en las personas que se inyectan drogas, puesto que para su contagio no requiere de una punción intravenosa, las inyecciones subcutáneas o intramusculares también pueden transmitir el VIH. El riesgo de infección aumenta con la duración del consumo de drogas, la frecuencia con que se comparten las agujas, el número de compañeros con que se comparte y los procesos psiquiátricos comórbidos como la personalidad antisocial.

Para evitar el contagio por medio de las transfusiones, inseminación artificial y con los trasplantes, antes de realizar una de estas actividades los donantes se

someten a pruebas de detección sistemática para descartar una infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

c En el medio laboral personal de salud y de laboratorio

EL riesgo de contraer el VIH entre los profesionales de la salud el personal de laboratorio y de otras personas que manipulan las muestras de los pacientes con infección por el VIH es pequeño El riesgo aumenta si manipulan objetos punzantes

Se ha comprobado la transmisión del VIH después de la exposición de la piel no intacta, pero no ha podido determinarse con precisión el riesgo promedio de que ocurra la transmisión por esta vía.

El riesgo de contraer la infección por el VIH aumenta si el profesional es expuesto a volúmenes relativamente grandes de sangre también en el caso de la realización de procedimientos que requieran de la inserción directa de una aguja en una vena o una arteria o el tratamiento de lesiones profundas

El riesgo aumenta si el personal se expone a la sangre u otros fluidos de pacientes que se encuentran en estados avanzados de la enfermedad por la presencia de cepas con mayor cantidad de virus

d Materno fetal y del lactante El VIH se puede transmitir de la madre al hijo durante la etapa fetal durante el parto y la lactancia

Esta es una forma de contagio importante en los países en vías de desarrollo tomando en cuenta que en estos la proporción de mujeres y hombres infectados es de 1:1 (Harrison 2006)

El virus puede transmitirse en los dos primeros trimestres pero es importante destacar que la frecuencia de la transmisión materna aumenta durante el período perinatal

Es importante destacar que la probabilidad de transmisión de la infección de la madre al feto o lactante en ausencia de tratamiento antirretroviral para la madre durante el embarazo la dilatación y el parto y para el feto después del nacimiento oscila entre el 15 y el 25% en los países industrializados y entre el 25 y 35% en los países en desarrollo. Estas diferencias pueden estar relacionadas con los cuidados prenatales practicados con el estadio de la infección por VIH y con el estado general de salud de la madre durante el embarazo (De Vita. 1990) (Harrison 2006)

Existen otros factores de riesgo de transmisión del VIH como las elevadas concentraciones plasmáticas del virus, el intervalo prolongado entre la rotura de membranas y el momento del parto, el padecimiento de enfermedades de transmisión sexual, adelanto del parto, el consumo de sustancias ilícitas y la exposición a procedimientos obstétricos como amniocentesis, amnioscopia, entre otros (Harrison 2006)

e A través de otros líquidos corporales

Se ha aislado en baja proporción el VIH en la saliva de personas infectadas sin embargo hasta el momento no se ha comprobado que la saliva pueda transmitir la infección

El VIH puede identificarse e incluso aislarse prácticamente en todos los líquidos corporales no existe evidencia de que el VIH se transmita a través de contactos con lágrimas, sudor u orina.

Es importante destacar que los líquidos y los desechos corporales de los pacientes infectados deben ser manipulados cumpliendo precauciones universales con respecto a estas

2 Detección de la infección

El diagnóstico de infección por el VIH se basa en la demostración de los anticuerpos anti VIH en la detección directa del VIH o de alguno de sus componentes, o en ambos. Los anticuerpos anti VIH suelen aparecer en la circulación entre dos y 12 semanas después de la infección

a. Pruebas usadas para la detección del virus

Las pruebas utilizadas para detectar el VIH son muy sensibles sin embargo es importante destacar que la ausencia de anticuerpos contra el virus no descarta totalmente la presencia de infección puesto que durante la etapa temprana de la infección existe replicación viral sin que haya una expresión serológica de los anticuerpos contra el VIH

Las pruebas deben interpretarse siempre de acuerdo a la historia clínica del paciente aunado a pruebas auxiliares de laboratorio

- _ La prueba de inmunoabsorbente ligado a enzimas (enzyme linked immunosorbent assay ELISA) también conocida como inmunoanálisis enzimático (enzyme immunoassay EIA) es la prueba más utilizada para la detección del VIH
- _ Esta prueba de detección es muy efectiva, puesto que su sensibilidad supera el 99.5%
En los laboratorios se emplea un equipo comercial del EIA que contiene antígenos del VIH 1 y VIH 2 y que proporciona el resultado de ambos análisis. Estos equipos contienen antígenos naturales y recombinantes que se actualizan constantemente para que conserven su sensibilidad frente a las nuevas especies que se descubren. Los resultados de las pruebas de EIA suelen expresarse como positivos (reacción intensa), negativos (reacción nula) o indeterminados (reacción parcial). Si bien la técnica del EIA tiene una extraordinaria sensibilidad, su especificidad no es óptima. (Harrison 2006)

Existen factores o situaciones que están relacionadas con resultados falsos positivos de la prueba de EIA; entre ellos se encuentran la vacunación reciente contra la gripe, las infecciones víricas agudas, entre otras. Es por esto que a todo sujeto con una posible infección por VIH que obtiene un resultado no concluyente o positivo es necesario confirmar su estado con un análisis más específico.

- _ La prueba de transferencia Western es la más utilizada para la confirmación de la presencia del virus.

Cuando un paciente tiene un EIA positivo o indeterminado y una transferencia Western negativa, se puede llegar con seguridad a la conclusión de que el resultado del EIA es

un falso positivo Por otro lado una transferencia Western que demuestra la existencia de anticuerpos contra los productos de los tres genes principales del VIH es una prueba concluyente de infección por el VIH

- Existen otras pruebas que sirven como marcadores de la actividad de la enfermedad por el VIH Entre ellas se encuentran el cultivo cuantitativo del VIH competente para la replicación a partir del plasma, las células mononucleares de sangre periférica o las células T CD4+ en reposo los valores circulantes de microglobulina β_2 receptor de IL 2 soluble, IgA interferón endógeno acidolábil o TNF α y la presencia o ausencia de marcadores de la activación, sobre las células T CD8+

4 Evolución de la infección

La infección por VIH se presenta desde un síndrome agudo asociado con la infección primaria presentándose luego un estado asintomático prolongado hasta llegar a la enfermedad avanzada.

Se considera que la enfermedad comienza al momento de la infección primaria y que esta progresa por varios estadios Esta evolución está caracterizada por la replicación activa del virus y el deterioro progresivo del sistema inmunitario (Harrison 2006)

a. Síndrome agudo por el VIH

Aproximadamente un 50 a 70% de los individuos que adquieren el VIH padece un síndrome clínico agudo tres a seis semanas después de la infección primaria.

Las manifestaciones clínicas son de gravedad variable

La aparición del síndrome coincide con un brote de viremia. El mismo se presenta con características de un síndrome vírico agudo. La sintomatología puede mantenerse de una a varias semanas y ceden de manera gradual conforme se desarrolla una reacción inmunológica contra el VIH y disminuyen los niveles de la viremia. Este síndrome está ligado a diversos trastornos inmunitarios como son las alteraciones del número de poblaciones de linfocitos

Al inicio se reduce el número total de linfocitos y todas las poblaciones de linfocitos T (CD4+ y CD8+). El número total de linfocitos T CD8+ circulantes puede mantenerse elevado o volver a la normalidad sin embargo los niveles de linfocitos T CD4+ pueden estar algo disminuidos aunque puede tener un rebote que tiende a la normalidad (Harrison 2006)

Es importante destacar que una gran parte de los pacientes se recupera de forma espontánea de este síndrome en ciertos pacientes la cifra de linfocitos T CD4+ vuelve a sus límites normales

Cerca del 10% de los pacientes muestra un deterioro clínico e inmunitario que evoluciona rápidamente y de forma drástica después de la infección primaria.

b Estadio asintomático

El tiempo transcurrido entre la infección inicial hasta las primeras manifestaciones clínicas es muy variable a pesar de esto se ha estipulado una mediana de aproximadamente 10 años para los pacientes no tratados. Durante este periodo sintomático la infección suele progresar debido a la replicación activa del virus

La rapidez de la progresión de la enfermedad guarda una relación directa con los niveles de RNA del virus. Los pacientes que tienen niveles elevados del RNA vírico progresan a la enfermedad sintomática con mayor rapidez que aquéllos con niveles bajos de RNA del VIH.

Existen personas sin progresión de la enfermedad a largo plazo debido a que manifiestan poco declive en el número de linfocitos T CD4+ durante un periodo prolongado.

Por otro lado, hay sujetos que permanecen asintomáticos a pesar de que sus células T CD4+ estén bajas. Por lo que la aparición de una infección oportunista puede ser la primera manifestación de la infección por el VIH.

Cuando el número de células T CD4+ disminuye por debajo de 200/ μ l, la persona se encuentra en una situación de riesgo de contraer infecciones y neoplasias oportunistas y de manifestar una enfermedad clínicamente evidente.

c. Enfermedad sintomática: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Si bien es cierto, los síntomas pueden aparecer en cualquier momento durante el curso de la infección. Es importante señalar que la enfermedad varía a medida que desciende el recuento de linfocitos T CD4+. Las complicaciones más graves y potencialmente letales de la infección por el VIH aparecen en los pacientes con recuentos por debajo de 200/ μ l.

El actual sistema de clasificación de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) revisado para los adolescentes y adultos con infección por el VIH establece grupos

según los cuadros clínicos asociados con la infección por el virus y el recuento de linfocitos T CD4+. El sistema se basa en tres niveles de recuento de los linfocitos en cuestión y en tres categorías clínicas

Cuando los enfermos entran en la situación clínica definida como categoría B su enfermedad no puede volver ya a la categoría A ni siquiera en caso de que el cuadro ceda, lo mismo sucede con la categoría C en relación con la B

Niveles de recuento de linfocitos

Cuadro N° 1

Sistema de clasificación revisada en 1993 para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA

Células T CD4+ Categorías	Categorías clínicas		
	A asintomático Aguda primaria VIH	B sintomático Cuadros no A, ni C	C cuadros definidores de SIDA
> 500/μl	A1	B1	C1
200-499/μl	A2	B2	C2
< 200/μl	A3	B3	C3

A continuación la descripción de las categorías clínicas según el sistema de clasificación de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta (Harrison 2001)

- _ **Categoría A** uno o varios de los cuadros enumerados a continuación en un adolescente o un adulto (>13 años) con infección por el VIH comprobada. No deben haberse producido cuadros pertenecientes a las categorías B o C
 - * **Infección asintomática**

- * Linfadenopatía generalizada progresiva
- * Síndrome retroviral agudo

— **Categoría B** aparición en un adolescente o adulto con infección por el VIH de cuadros sintomáticos que no están incluidos en los cuadros recogidos en la categoría C y que cumplen al menos uno de los siguientes cuadros atribuidos a la infección por el VIH o que indican un defecto de la inmunidad celular o cuadros cuya evolución clínica o sus necesidades terapéuticas están complicadas por la infección por VIH en opinión del médico. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- * Síndromes constitucionales como fiebre y diarrea de más de un mes de duración
- * Candidiasis orofaríngea o vaginal recurrente
- * Trombocitopenia idiopática.
- * Enfermedad pélvica inflamatoria.
- * Leucoplasia vellosa oral
- * Herpes zoster
- * Listerculosis
- * Neuropatía periférica.
- * Angiomatosis bacilar

— **Categoría C** cuadros recogidos en la definición de caso de vigilancia SIDA

- * Conteo de CD4 menor de 200
- * Candidiasis pulmonar o esofágica.

- * Cáncer cervical invasivo
- * Coccidioidomicosis
- * Cryptococosis extrapulmonar
- * Crytosporidiosis intestinal crónica.
- * Citomegalovirus retinitis
- * Encefalopatía VIH
- * Herpes simples mayor de un mes o esofágico
- * Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- * Isoporiosis crónica.
- * Sarcoma de Kaposi
- * Linfoma.
- * Neumonía recurrente
- * Salmonelosis bacteriana.
- * Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- * Mycobacterium avium Kansasii y tuberculosis
- * Neumonía por Pneumocystis carinii
- * Toxoplasmosis cerebral
- * Síndrome de desgaste o emaciación

5 Diagnóstico SIDA

Se establece en todo aquel que presenta una infección por el VIH y un recuento de linfocitos T CD4+ menor de 200/ μ l y en cualquiera con infección por el VIH que adquiere una de las enfermedades asociadas con este virus que se consideran como indicativas de un defecto

grave de la inmunidad celular las infecciones secundarias son característicamente oportunistas

De los fallecimientos que se producen en personas con SIDA aproximadamente el 60% de estos son consecuencia directa de una infección diferente del VIH

Con el tratamiento antirretroviral en combinación con las normas de prevención de infecciones oportunistas se ha logrado disminuir la incidencia de las infecciones secundarias

6 Enfermedades oportunistas

Las enfermedades oportunistas en los pacientes de VIH están relacionadas a dos factores las faltas de defensas inmunitarias a causa del virus y la presencia de microbios y otros patógenos en su entorno cotidiano

Las enfermedades e infecciones oportunistas más frecuentes son las siguientes las bacterianas las protozoarias las micóticas víricas y neoplasias asociadas al VIH

En el estadio avanzado de la infección por el VIH son vulnerables a infecciones o neoplasias que aprovechan la oportunidad de un sistema inmunitario debilitado

Entre las enfermedades oportunidades tenemos (Harrison 2006)

- a. Candidiasis los dos tipos principales son la localizada de la boca, la garganta y la vagina y la enfermedad sistémica del esófago y la enfermedad diseminada.

- b **Criptococosis** es una micosis sistémica, la cual causa aproximadamente un 5% de todos los fallecimientos asociados al VIH a nivel mundial. Se manifiesta como meningitis y de forma ocasional como enfermedad o diseminada.
- c **Infección por Citomegalovirus** tiende a provocar sufrimiento significativo en los pacientes de VIH. Entre sus síntomas están fiebre, diarrea secundaria a colitis, disnea debido a neumonitis y ceguera causada por la rinitis. Todas estas a causa de citomegalovirus.
- d **Herpes simple y herpes zoster**. El herpes simple provoca vesículas alrededor de la boca y los genitales y el herpes zoster o zonal no ponen en peligro la vida, pero pueden resultar muy dolorosos.
- e **Sarcoma de Kaposi**. Este causa lesiones de color oscuro, el cual puede presentarse en múltiples lugares. Las lesiones pueden presentarse en la etapa temprana de la infección por el VIH.
- f **Leishmaniasis**. Se transmite a través de la picadura de flebótomos. Su forma grave es la leishmaniasis visceral que se caracteriza por episodios febriles irregulares, pérdida de peso significativo, anemia, entre otras.
- g **Enfermedad por el complejo Mycobacterium avium**. La cual se caracteriza por fiebres, pérdida de peso, sudación nocturna y diarreas.
- h **Neumonía por Pneumocystis carinii**. Sus síntomas son neumonía con fiebre y trastornos respiratorios como tos seca, dolor torácico y disnea.
- i **Toxoplasmosis**. En las personas infectadas por el VIH se manifiesta principalmente como encefalitis o enfermedad diseminada.

Tuberculosis es la principal enfermedad oportunista asociada al VIH en los países en desarrollo. La curación completa requiere de seis a 8 meses de tratamiento y de una combinación de antibióticos.

G El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Panamá.

1 Origen del VIH/SIDA en Panamá

Panamá con una población estimada de 3 339 781 habitantes para el 2007 registró el primer caso de SIDA en el año 1984. Al año siguiente comenzó a funcionar el primer centro de examen y asesoramiento en VIH/SIDA.

Se han reportado desde 1984 hasta septiembre de 2008 un total acumulativo de 9 201 casos de SIDA, donde un 75% corresponden al sexo masculino y el 25% al femenino en una relación hombre mujer de 3 0 a 1.

La prevalencia de VIH a nivel nacional es de 0.92% en adultos para las edades entre los 15 y los 49 años. Sin embargo, es importante destacar que ONUSIDA/Banco Mundial estiman que la prevalencia es de 1.5% en la población general y es considerablemente más alta en las poblaciones de alta vulnerabilidad, la cual es de aproximadamente del 2% en las trabajadoras comerciales del sexo y supera el 10% en hombres que tienen sexo con hombres.

La epidemia se concentra en edades sexual y económicamente activas los más afectados son las personas que se encuentran entre los 25 y los 44 años de edad, siendo los individuos con edades entre 30 34 años los que registran mayor porcentaje de casos (19%)

Las regiones con mayores tasas de prevalencia en Panamá son los centros urbanos

La región metropolitana, el distrito de San Miguelito Colón y Panamá Oeste siendo estos los lugares donde se encuentra la mayor concentración de la población Las zonas fronterizas como lo son Chiriquí y Kuna Yala representan un segundo grupo de zonas con mayor prevalencia, lo cual deja en evidencia que el SIDA en Panamá es una epidemia que se ha extendido a toda la nación aunque está concentrada en ciertas poblaciones y áreas

Las estadísticas del Ministerio de Salud demuestran que han sido los hombres los mayormente afectados por la enfermedad pero a lo largo de los años ha disminuido la relación hombre mujer de 17 hombres por cada mujer en 1987 a 3 hombres por cada mujer para el 2005

La letalidad por SIDA ha disminuido a partir del 2001 debido a la provisión de antirretrovirales a pacientes asegurados en 1999 y a pacientes no asegurados en el 2002

En el año 2002 la tasa fue de 16 6 muertes por cada 100 000 mil habitantes y se redujo a 12 9 muertes para el 2004

En Centroamérica Panamá ocupa la tercera posición en prevalencia por VIH/SIDA entre la población de 15-49 años (0.92%) – sin incluir Belice – y precedido de Honduras y Guatemala.

La epidemia en nuestro país tiene una tendencia de ascenso concentrada en los grandes conglomerados urbanos y en poblaciones específicas de mayor riesgo como lo son las trabajadoras comerciales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, personas privadas de libertad, jóvenes e indígenas, principalmente Kunas por patrones culturales con respecto al sexo. Martínez 2010, USAID

2 Acciones gubernamentales y no gubernamentales respecto a la problemática del VIH/SIDA desde el inicio de la epidemia

En Panamá se han realizado muchos esfuerzos para hacerle frente a la epidemia del VIH/SIDA, el cual comenzó en 1985 con la apertura del primer centro de examen y asesoramiento de VIH/SIDA en Panamá.

A lo largo de estos años de lucha contra el VIH/SIDA se han diseñado programas de trabajo que han permitido acciones en todos los sectores de la población. En 1988 se dio origen al primer plan nacional a corto plazo; también, se han realizado planes de urgencia y planes a mediano plazo entre 1990 y 1995. A partir de las evaluaciones de estos planes se diseñó el Plan estratégico Multisectorial del VIH/SIDA para el periodo 2003-2007 y se encuentra en este momento vigente el Plan Multisectorial 2007-2010, el cual tiene por objetivos disminuir

la incidencia de VIH/SIDA a nivel nacional mejorar la atención integral y la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA y generar una mayor capacidad de respuesta para la prevención y la atención de la infección por VIH/SIDA esto se logrará a través del esfuerzo conjunto del gobierno con la empresa privada y la sociedad civil en una marco de respeto a los derechos humanos

Segun el informe de Cuentas Nacionales se ha registrado incrementos importantes en la inversión para contrarrestar la epidemia en un 84% desde el año 1999 hasta el año 2005 en donde para el 2005 se han invertido un total de 15 260 993 dólares

Panamá está clasificado como país de ingreso medio alto condición que lo limita para recibir donaciones y es el unico país centroamericano que no ha recibido apoyo del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. A pesar de esto Panamá tiene altos índices de pobreza y extrema pobreza, sobre todo en las zonas rurales y áreas indígenas

El Programa de Sangre Segura, comenzó en el año 2000 redujo las infecciones debida a transfusiones El Gobierno de Panamá definió como prioridad además de los grupos vulnerables a las embarazadas Ellas a través del Programa materno infantil tienen acceso gratis a pruebas de VIH Además el costo de las pruebas de VIH para la población general se ha reducido En 2005 el Gobierno comenzó una campaña de promoción destinada a que las embarazadas se realicen la prueba de VIH para alcanzar Cero Transmisión Vertical para el 2005 la cobertura fue de hasta un 34 % en las embrazadas

La Caja del Seguro Social a provisto con Antirretrovirales a los asegurados desde el año 1999 mientras que el Ministerio de Salud comenzó esta actividad para los pacientes no asegurados

en el año 2002 También se ha logrado la apertura para las negociaciones los medicamentos a menor costo al reducir en más de 50% los precios de los medicamentos para el 2003

El programa nacional de ITS/VIH/Sida es el ente encargado de recomendar establecer implementar vigilar y evaluar el cumplimiento de las políticas y estrategias que se desarrollan en todas las entidades estatales autónomas semi autónomas mixtas municipales y privadas relacionadas a las ITS/VIH/SIDA en todo Panamá.

Su misión radica en propiciar y promover en forma coordinada con todos los sectores de la sociedad estilos de vida saludables que contribuyan a la disminución del riesgo y vulnerabilidad a las ITS y el VIH El objetivo general del programa es disminuir la morbilidad asociada a las ITS/VIH/SIDA mediante un compromiso nacional que incluya a todos los actores sociales Entre los objetivos específicos se encuentran el determinar las características epidemiológicas de las ITS/VIH/SIDA en el país disminuir el impacto socioeconómico de las ITS/VIH/SIDA en la sociedad panameña, incrementar la cobertura y acceso oportuno a las terapias disponibles promover estilos de vida saludables dirigidos a mejorar la salud integral con especial énfasis en los grupos vulnerables a las ITS/VIH/SIDA desarrollar investigaciones que permitan un mejor conocimiento de la situación de las ITS/VIH/SIDA y los factores de riesgo y garantizar los recursos humanos físicos y financieros para el adecuado funcionamiento del programa.

(Ministerio de Salud Guía de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA 2002)

El Ministerio de Salud en conjunto con ONGs locales ha lanzado campañas de promoción para la realización de pruebas diagnósticas voluntarias las cuales han comenzado a dar sus frutos Sin embargo se requiere implementar un importante numero de estrategias y actividades para alcanzar la Meta para el Milenio que establece que para el 2015 se habrá disminuido en avance de la epidemia de VIH/SIDA

La sociedad civil principalmente grupos de personas viviendo con VIH/SIDA ONGs y organismos internacionales también han respondido a la epidemia en nuestro país Es así como surgen instituciones como la Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP) PROBIDSIDA grupo Génesis APLAFA y otros a los que se suman organizaciones como la Cruz Roja Panameña (CRP) Defensoría del Pueblo y el Instituto Interamericano de Derechos Humanos en Salud (IIDHESA) Muchas de las acciones de estas organizaciones están orientadas al apoyo social y psicológico pero de un modo no sistematizado con escasos recursos y focalizados en los grupos más vulnerables

3 ONG Aid for Aids

Es una organización sin fines de lucro con presencia en todos los países de Latinoamérica, con representación en otras regiones en vías de desarrollo dedicada a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y Sida.

Reconocida a nivel social y gubernamental por su trabajo en proveer el acceso a los antirretrovirales y en sus iniciativas para mitigar la propagación del VIH y Sida a través de sus campañas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

AID FOR AIDS Panamá

Es una de las oficinas locales fundada en el 2006 gracias al apoyo del Estado Panameño

Desde su llegada a Panamá, inicia la prestación de servicios en su sede administrativa en Clayton

En nuestro país Aid for Aids desarrolla acciones para hacer frente a la pandemia del VIH con programas como

a. Programa de Educación

Es un programa de prevención secundaria y terciaria mediante el cual se ofrece capacitación individual y grupal a personas que viven con VIH o Sida (PVVS) y a sus familiares sobre tratamientos antirretrovirales estigma y discriminación, nutrición, autocuidado y crecimiento proporcionando herramientas que les faciliten el disfrute de una mejor calidad de vida.

b Programa de Capacitación

Programa dirigido a proveer a los profesionales de la salud una alternativa constante de actualización en temáticas relacionados a la atención integral a las personas que viven con VIH

c Programa de Prevención ¿Cuánto Sabes de VIH y Sida?

Este programa está dirigido a la formación de jóvenes estudiantes como agentes multiplicadores en la prevención del VIH y SIDA

Los adolescentes y jóvenes reciben formación integral una vez a la semana, durante 4 meses consecutivos en alianza con la institución educativa donde cursan estudios. El eje transversal es la Programación Neurolingüística, modelo que facilita la efectividad comunicacional y la actualización de creencias incorporando también herramientas necesarias para la comprensión de temas relacionados con la salud sexual reproductiva, embarazos consumo de alcohol y drogas e infecciones de transmisión sexual (ITS) con énfasis en VIH y Sida aunados a la internalización de Habilidades para la vida como autoestima, autoconocimiento manejo de la presión de grupos toma de decisiones y proyecto de vida, desarrollados mediante ejercicios vivenciales para estimular comportamientos que favorezcan el ejercicio de una sexualidad sana y responsable. Mediante la metodología de educación entre pares los jóvenes adolescentes comparten la información con sus compañeros de estudios sus amigos familiares y comunidad en general con el propósito de detener las estadísticas de jóvenes con VIH y erradicar el estigma y la discriminación.

d Programa de Acceso Universal a Tratamiento

Este programa facilita el acceso a los tratamientos antirretrovirales a las personas que viven con VIH o Sida que hacen resistencia al esquema de tratamiento que ofrece el ministerio de salud y la Caja de Seguro Social

ofreciéndoles nuevas alternativas terapéuticas en acuerdo con el médico tratante de Panamá a fin de garantizar el seguimiento y monitoreo

e Programa de Asistencia socioeconómica.

Este programa permite ofrecer apoyo socioeconómico a los niños niñas y adolescentes desarrollando acciones tendientes a la búsqueda y entrega de recursos en función de sus necesidades y situación económica.

f Grupo de apoyo para mujeres que viven con VIH o sida Mujeres de éxito de AFA

g Programa de apoyo emocional

h Programa de atención integral a niños niñas y adolescentes

En 2007 inauguró el primer Centro de Atención Integral para Niños Niñas y Adolescentes que viven con VIH o Sida de Latinoamérica, en el Hospital del Niño implementado diferentes programas enfocados a contribuir a la disminución de la pandemia y a mejorar la calidad de vida de los grupos más vulnerables afectados por el virus Este centro unico en Panamá, brinda herramientas que facilitan el empoderamiento de los niños y niñas sobre sus vidas y su salud desde tempranas edades fortaleciendo la adherencia a los tratamientos médicos y reforzando sus actividades académicas

4 Marco Legal

La Constitución política de la Republica de Panamá establece un conjunto de ideas que abogan por los derechos de los ciudadanos de este país. A continuación se presentarán las relacionadas con los derechos y deberes de las personas que viven con VIH/SIDA (Gaceta oficial 7 de enero de 2000) (Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH Panamá 2006)

- a Capitulo VI Salud Seguridad Social y Asistencia Social en este capitulo se establece la obligación del estado de velar conservar y restituir la salud de los panameños. En su articulo 105 instituye la función esencial del estado de velar por la salud de la población de la republica. En donde el individuo como parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación y rehabilitación de la salud y la obligacion de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico mental y social
- b En el Capítulo III – Referente al Trabajo en el Artículo 64 el trabajo es un deber y un derecho de todo ciudadano por lo tanto es obligación del estado de promover el empleo asegurar a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia decorosa. Esto implica que la solicitud de la prueba de VIH para empleo viola los derechos de los ciudadanos
- c El Estado es responsable de sancionar los actos que pongan en riesgo a otros ciudadanos como es la propagación de enfermedades y epidemias así como de exponer al contagio a otros ciudadanos

El código penal establece

d En el Capítulo V Delitos contra la salud publica. Este capítulo puede llevar a la persecución contra las trabajadoras comerciales del sexo y hombres que tienen sexo con hombres El artículo 252 dice que el que propague una enfermedad peligrosa o contagiosa para las personas infrinja las medidas sanitarias adoptadas por las autoridades competentes para impedir la propagación de una epidemia será sancionado con prisión de 1 a 3 años En el artículo 253 versa que el que expone a una persona al contagio venéreo por relación sexual o cualquier otro modo será sancionado con 6 a 12 meses de prisión y de 20 a 100 días – multa.

e En el artículo 20 de la constitución se establece que todo extranjero que pretenda ingresar a la Republica de Panamá en calidad de residente permanente o con ánimo de permanecer por más de un año deberá presentar al momento de ingresar al territorio nacional un certificado de salud expedido por un hospital publico o privado aprobado por el Ministerio de Salud o entidad encargada de dirigir la politica de salud en su país de origen, en que conste que ha sido sometido a la prueba de VIH con resultado negativo Si el resultado es positivo se le negará la entrada al país El certificado debe estar autenticado por el consulado panameño en el extranjero y solo será válido por dos meses

Debido a que la constitución carecía de suficientes normas acerca de todos los aspectos referentes al VIH en el año 2000 se crea la Ley General N° 3 sobre las ITS/VIH/SIDA Esta ley fue creada con el propósito establecer lineamientos referentes a la educación y promoción de la salud También, establece pautas para la investigación, prevención capacitación,

detección vigilancia epidemiológica y atención integral sobre las ITS/VIH/SIDA Esta ley establece los deberes y los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA o ITS (Decreto ejecutivo 119 que reglamenta la ley 3 de 2000 general sobre infecciones de transmisión sexual el VIH/SIDA Gaceta oficial 6 de junio de 2001)

En su Artículo 2 establece que se declaran las ITS el VIH y el Sida, problemas de Estado y de interés nacional En razón de ello toda entidad estatal autónoma, descentralizada, mixta o municipal al igual que el Órgano Legislativo el Órgano Judicial el Tribunal Electoral y el Ministerio Público tendrán la responsabilidad de presentar y ejecutar un plan estratégico de prevención, control y manejo de las infecciones de transmisión sexual del VIH y del SIDA para todo su personal Este programa se desarrollará en estrecha coordinación con el ente rector y con el apoyo de los organismos no gubernamentales

En el Artículo 21 de esta Ley N° 3 del 2000 se establece que ‘toda persona diagnosticada con infección de transmisión sexual con el VIH o con el Sida, deberá recibir atención integral oportuna y en igualdad de condiciones tanto en la entidad pública como en la privada y deberá respetársele la confidencialidad como paciente Además se proveerá a la persona infectada, la orientación e información necesarias las que deberá, obligatoriamente facilitarles a sus contactos así como la forma de hacerlo a fin de interrumpir la cadena de transmisión

Sobre la discriminación, el Artículo 31 establece que se prohíbe cualquier discriminación y acto estigmatizador o segregador en perjuicio de las personas enfermas o

portadoras de infección de transmisión sexual o del VIH así como en contra de sus parientes y allegados ”

Esta Ley esta reglamentada por el Decreto Ejecutivo N° 118 del Ministerio de Salud, de 29 de mayo de 2001 Este Decreto regula la atención integral en su Capítulo III con el Artículo 57 disponiendo que Toda persona portadora o enferma de una ITS/VIH/SIDA será atendida por un equipo multidisciplinario de salud con el máximo respeto y confidencialidad sin discriminación alguna y de manera que se garantice su atención integral”

El Artículo 60 establece que Los directores de las instalaciones de salud, públicas y privadas tiene la obligación de vigilar que cualquier persona portadora o enferma de una ITS/VIH/SIDA sea atendida debidamente por el personal a su cargo

Si bien es cierto que se han realizado muchos esfuerzos en el marco legal con respecto a las personas que padecen la infección por VIH todavía queda mucho por hacer

5 Sistema de Salud Panameño

En Panamá nuestro sistema de salud se centra en dos áreas El sistema público y el sistema privado

El sistema público se encuentra conformado por la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud, que garantizan y cubren al 100% de población panameña y se encuentran distribuidos a nivel nacional

El sistema privado está conformado por hospitales privados, clínicas y laboratorios distribuidos en todo el territorio nacional, quienes atienden a los que solicitan sus servicios. El Ministerio de Salud tiene la obligación por orden constitucional de velar por la salud de la población y garantizar los servicios adecuados.

Este ministerio realiza el rol de vigilancia y control de riesgos en materia de salud pública y ambiental, así como de regulación, control y vigilancia de farmacias y drogas. El mismo también ofrece servicios de salud a toda la población panameña y ejecuta funciones de financiación, regulación, aseguramiento y provisión. Este se organiza a nivel territorial en 14 regiones sanitarias y distritos sanitarios, siendo los de mayor densidad de población el área Metropolitana, el distrito de San Miguelito y Panamá Oeste; los de menor densidad son Darién, Panamá Este, Bocas del Toro y las áreas indígenas.

La Caja de Seguro Social se encarga de proporcionar servicios de atención directa a la población asegurada, así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte. La población protegida por la seguridad social alcanzó en el 2003 cerca del 60.0% de la población total.

El Ministerio de Salud ha establecido normas para la atención integral a las personas con VIH/SIDA, por las que es responsable de hacer cumplir el Programa Nacional contra las ITS/VIH/SIDA en todo el país.

El nivel central tiene su sede en el Ministerio de Salud Este nivel es el responsable de planificar normar organizar supervisar y evaluar el programa en todo el país

Para el cumplimiento de sus responsabilidades este nivel cuenta con una Jefatura del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA que coordina sus actuaciones con la Caja de Seguro Social Los directores de los establecimientos de salud tienen la responsabilidad del desarrollo del programa y sus componentes en los niveles respectivos
(Guía de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA Panamá.2002)

Se pretende entonces que se siga trabajando en comun acuerdo entre cada una de las instancias publicas del sector salud MINSA – CSS y a su vez se conforme un equipo multidisciplinario que realice los enlaces y garantice el cumplimiento de dichas normas dentro del sector no gubernamental estos son clinicas laboratorios y hospitales particulares de todo el territorio nacional

La atención de salud se ofrece a través de instituciones de estos servicios las cuales están organizadas en redes segun el nivel de atencion, grados de complejidad y capacidad de resolución Las instituciones están clasificadas tomando en cuenta la complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del proceso asistencial en hospitales de primer segundo y tercer nivel de atención También se clasifican en establecimientos para la atención de enfermos agudos y crónicos

A nivel local se cuenta con equipos básicos de salud, como lo es el recurso humano que está integrado por médicos enfermeras auxiliares de enfermeria, y al menos un laboratorio por

distrito Su complejidad es elemental Un gran avance ha sido la derivacion de las pruebas de tamizaje a este nivel donde se encuentra personal capacitado para dar consejería pre y post prueba a las personas que se les recomienda o acuden a realizarse la prueba del VIH (Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico en VIH/SIDA Panama. 2002)

En nuestro país existe una red nacional que ofrecen los servicios de salud en la república la cual hasta el diciembre de 2005 estaba conformada por 895 instalaciones distribuidas en hospitales, centros de salud, policlínicas, policentros, centros de promoción, entre otros

6 Clínicas de Atención a personas con VIH

Los servicios de salud han ubicado clínicas especializadas en donde se brinda atención multidisciplinaria a los pacientes y se les facilita el acceso a la Terapia Antirretroviral ubicadas dentro de los hospitales principales de la república, en la capital como en las provincias

En las clínicas donde se ofrece el Tratamiento Antirretroviral deben contar con un equipo multidisciplinario completo el cual debe estar integrado por un médico especialista en Infectología o en Medicina Interna, Enfermera, Psicólogo Trabajadora Social Farmaceuta y Laboratorista. En la actualidad existen algunas clínicas que no cuenta con el equipo completo pero se prestan los servicios de atención ambulatoria y se ofrece el Tratamiento Antirretroviral para las personas que viven con el VIH/ SIDA y para el tratamiento de las enfermedades

oportunistas (Guía de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA Panamá. 2002)

Es importante señalar que en estas clínicas se considera de vital importancia el trabajo con los grupos de autoapoyo tanto para las personas afectadas por la enfermedad como para sus familiares y afectados directa o indirectamente por el VIH/SIDA

También, los servicios de atención en medida de prevención del VIH/SIDA tienden a educar orientar e informar para que se den cambios de comportamiento en las comunidades en general y a las poblaciones que se encuentran en mayor riesgo de contraer la enfermedad

a. Equipo multidisciplinario

En cada institución de salud debe existir un equipo multidisciplinario de atención a las personas con VIH que debería estar integrado por el siguiente personal médico infectólogo trabajador social nutricionista, farmacéuta, psicólogo clínico médico psiquiatra y enfermera de salud mental En caso de que no de que no se cuente con la organización de estos servicios el paciente será atendido por el profesional de mayor especialización

El equipo multidisciplinario debe realizar actividades de promoción, prevención y atención, teniendo como base las directrices de la entidad Se deberán establecer reuniones periódicas para el control y seguimiento de las personas con VIH (Guía de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA Panamá. 2002)

b Rol del profesional de la Salud Mental

El equipo multidisciplinario para el apoyo y manejo de las personas con VIH debe estar integrado por el equipo de salud mental los cuales pueden ser médicos psiquiatras psicólogos clinicos psicólogos generales y enfermeras de salud mental

Las personas infectadas con el VIH deben ser evaluadas por el equipo de salud mental los hospitalizados como los que acuden a consultas a nivel ambulatorio También deben ser atendidos con el equipo de salud mental los familiares de las personas que padecen esta enfermedad

Se deberán realizar reuniones periódicas por parte del equipo de salud mental con el objetivo de que se favorezca el intercambio de información acerca del estado emocional y el manejo de las personas con VIH que se atienden en la institución de salud También, deben participar en reuniones con el resto de especialistas que integran el equipo multidisciplinario de atención al paciente con VIH entre ellos infectología, ginecología, neumología, pediatría, dermatología, neurología, medicina general odontología, nutrición, enfermería, trabajo social y el farmaceuta. (Guia de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA Panamá 2002)

En las instituciones de salud que exista la comision de admisión a la TARV los miembros del equipo de salud mental deberán participar en las reuniones de admisión

La atención de salud mental está orientada a las personas expuestas infectadas afectadas por el VIH y a sus familiares ya sean niños embarazadas y adultos (Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico en VIH/SIDA Panamá. 2002)

El objetivo principal de la atención en salud mental es realizar una intervención desde un enfoque biopsicosocial-cultural que permita explorar evaluar y manejar la condición emocional de las personas con VIH mediante entrevistas individuales intervenciones familiares o grupales y realizar actividades de promoción y prevención según el nivel de atención

H Proceso de Duelo en el Paciente con VIH y Sida

La producción del deterioro biológico psicológico y social causado por una enfermedad crónica como el VIH/SIDA, puede ocasionar muchas situaciones de pérdidas que dejan a la persona con la sensación de ser despojadas o privadas de algo

En el caso de los pacientes que padece la infección por VIH/SIDA se pierde principalmente la salud y con ella viene implícita la pérdida de ilusiones de expectativas y de situaciones reales o abstractas como la vida, las consecuencias de las primeras infecciones las relaciones interpersonales actuales los hijos el futuro la auto-imagen, la sexualidad la economía, entre otros Todas estas situaciones socavan la estabilidad psicológica, provocando el proceso de duelo al que se debe enfrentar

La forma como la persona vive y asume sus pérdidas depende en gran parte de su equilibrio emocional y del significado que le asigne a su vida.

En este sentido es importante resaltar la individualidad de los sujetos que afrontan una nueva condición biológica y psicológica ya que la respuesta individual ante la crisis por el deterioro de la salud y la inminencia de la muerte está determinada por cuatro tipos de variables que parcialmente corresponden a lo que influye en la calidad de respuesta al duelo de

una persona. Estas son las características personales de cada sujeto, las características de sus relaciones interpersonales, factores socioeconómicos y los aspectos característicos de la enfermedad que padece.

Se expone las reacciones psicológicas padecidas ante las pérdidas según Ross en este caso el duelo padecido por las personas con VIH, las cuales pueden atravesar por cinco fases que no necesariamente son secuenciales ni obligatorias (citada por Vieco, 2001).

1. La fase de shock o aturdimiento, caracterizada por la negación, incredulidad y el temor de que una enfermedad mortal le esté afectando. En algunos casos es también por tener que develar una conducta sexual posiblemente oculta, por el derrumbamiento de la imagen y el miedo a afrontar una enfermedad asociada con estigmatizaciones donde las conductas comunes son el rechazo y el abandono por parte de los otros. También ocurre por el inicio de deterioro físico llegando incluso al suicidio.
2. La fase de rabia: la persona ha iniciado un proceso de apertura respecto a su diagnóstico, sin embargo, no puede conformarse con éste. Los pacientes en esta fase sienten una lógica rabia contra las personas sanas, sobre todo si ellos mismos todavía son jóvenes. También suelen sentir impotencia por no poder hacer que sus familiares y amigos adopten conductas protectoras frente a la infección o hacia la ineficiencia de algunos programas preventivos. Incluso en algunos casos, esta rabia se canaliza contaminando a otras personas y contribuyendo a la expansión de la epidemia. En este momento es la familia el blanco de la rabia provisional.

- 3 La fase de negación caracterizada por una reacción de no aceptación de la grave enfermedad pero cuyo desenlace en ocasiones se negoció con Dios con el médico o con la vida, siempre y cuando su lapso de vida se alargue un poco más antes de aceptar la verdad de la situación
- 4 La fase de la depresión o intensa tristeza en este periodo la persona se duele de pérdidas sufridas en el pasado Durante el cual el paciente se duele por su futura pérdida, en ella intervienen sentimientos de decepción y soledad, aislamiento y apatía por actividades cotidianas
- 5 La fase de aceptación donde la persona empieza a desligarse de la vida y ya es prácticamente imposible establecer contacto con el ya que lentamente él va recortando sus vínculos con el mundo externo y retirando la energía psicológica que lo liga a los seres queridos

Cada una de las fases presentadas puede estar acompañada de periodos de ansiedad miedo y desesperación Además de sentimientos de aislamiento en algunos casos de menor apoyo social de ira contra sí y los demás de temor preocupación, vergüenza y negación entre otros

Algunos de los efectos psicológicos presentados a corto plazo incluyen el choque el estado de ánimo deprimido inseguridad y por tanto falta de control culpa, ansiedad represión e inquietudes obsesivas a largo plazo se relacionan con las habilidades en la vida, posible cambios de papeles relaciones interpersonales y en ocasiones modos de vida.

I Afrontamiento al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico psicológico y social de la persona que la padece y que puede llevar a la muerte. Ésta, trae consigo una situación de crisis, que produce un impacto en la vida del sujeto, una ruptura de su comportamiento y del modo de vida habitual, generando un desequilibrio.

Las personas necesitan un equilibrio psicológico y social, al igual que una homeostasis fisiológica para funcionar adecuadamente.

Cuando la enfermedad es crónica, sus características estresantes se potencian, así como su impacto de perturbación social.

Nichols (1984) señala que es de vital importancia entender que las reacciones emocionales que afectan a las personas en las crisis personales pueden tener un poder aplastante. Para algunas personas, la angustia de la reacción emocional es más difícil de soportar que la enfermedad misma.

La enfermedad crónica exige control en muchas áreas: en las crisis posibles, en los regímenes terapéuticos que requieren grandes cambios en el estilo de vida, reorganización del tiempo, de los sentimientos y emociones, el mantenimiento de relaciones adecuadas con personas significativas, como los familiares o profesionales, y la de tener un control personal y autosuficiencia.

El manejo del evento estresante que supone la enfermedad crónica se realiza mediante la emisión de conductas de afrontamiento muy variados ciertamente no se pueden ejecutar respuestas de afrontamiento de la enfermedad que no estén en el repertorio comportamental del sujeto

En base al modelo cognitivo no son los eventos en si los que causan las reacciones emocionales sino la interpretación que uno realiza de dichos eventos Lazarus y Folkman (1984) proponen que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales se definen por el proceso de valoración cognitiva que realiza la persona, relacionada primeramente con las consecuencias personales y posteriormente la persona valora los recursos con que cuenta para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación.

Estos recursos con que cuenta la persona es la capacidad de afrontamiento el cual se activa cuando se presenta una situación de estrés

Fuste y Ruiz (2000) citado en Flores Borda y Pérez (2006) señalan que los mecanismos de afrontamiento hacen referencia a la capacidad que tiene el individuo para hacer frente al efecto del estrés Gard (1999) también nos señala que las estrategias de afrontamiento son un conjunto dinámico de respuestas cuya expresión está basada en situaciones estresantes ambientales y factores personales del individuo

Existen estudios que relacionan los estilos de afrontamiento con la función inmunitaria de nuestro cuerpo donde se muestra que los estilos de afrontamiento median en el desarrollo de ciertas enfermedades (Dykema, Bergbower y Peterson 1995 Kamen Siegel Rodin,

Seligman y Dwyer 1991 Swundells Mohr y Justis 1999) citados en Flores Borda y Pérez (2006)

1 Definicion de Afrontamiento

En esta ocasión utilizaremos la definición de Lazarus y Folkman (1984) quienes definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y /o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo

2 Estilos de Afrontamiento

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de afrontamiento así como de su estabilidad temporal y situacional (Fernández Abascabal 1997)

En general las estrategias de afrontamiento activas hacen referencia a los esfuerzos que realiza la persona para manejarse directamente en el proceso conflictivo y son generalmente descritas como exitosas Las formas pasivas consisten en la utilización de conductas de evitación y de negación

Taylor Kemeny Aspinwall Shneider Rodriguez y Hebert, (1992) demostraron como una disposición optimista se relaciona con estrategias de afrontamiento activas

Los estilos o dimensiones de Afrontamiento

- a. Afrontamiento Activo – Cognitivo es el intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable este incluye aspectos sobre las creencias y actitudes de la persona.
- b. Afrontamiento Activo – Conductual hace referencia la conducta dirigida a confrontar la realidad manejando sus consecuencias el cual implica un comportamiento directo sobre el problema y la búsqueda de apoyo emocional informativo e instrumental
- c. Afrontamiento de Evitación se relaciona con la reducción de los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo a través de estrategias de negación o evitación

Carrobbles Remor y Rodríguez –Alzamora (2002) plantean que pese a los estudios controvertidos al considerarlos en grupo se puede observar que en su mayoría informan que un estilo de afrontamiento activo con un afrontamiento adecuado de las emociones puede estar relacionado con un mejor funcionamiento del sistema inmunológico y que el afrontamiento activo cognitivo y conductual estaria relacionado con un mayor bienestar y unos estados afectivos positivos mientras que el afrontamiento por evitación estaria relacionado con estados afectivos negativos y un menor apoyo social percibido

3 Afrontamiento y VIH/SIDA

Las personas que viven con la infección por VIH/SIDA pasan por diversas situaciones difíciles a las que deben hacer frente Es entonces donde los procesos de afrontamiento que utiliza la persona le ayudarían a mantener el control sobre su vida y la estabilidad psicológica

Roca, Trujols Tejero y Pinet (2001) citados en Flores Borda y Pérez (2006) sugieren que se deben realizar estudios de los estilos de afrontamiento en pacientes de VIH/SIDA para mejorar la calidad de vida de los pacientes al potenciar su capacidad de afrontamiento

Cualquiera sea la connotación asignable una vez que la gente sabe que padece una enfermedad y si esta es crónica, se produce una serie de cambios que afectan la percepción de si mismos y de sus vidas. Eso significa alteración en sus planes a corto y largo plazo que suelen evaporarse a partir del diagnóstico. La razón de esta situación se basa en que ser una persona sana, bien capacitada y dueña de una psiquis normal es esencial en la construcción y evaluación de la autoimagen. Esta situación representa un choque muy serio que no solamente inhabilita sino que también amenaza la visión normal que tenemos de sí mismo y nos hace sumamente vulnerables.

De modo que ajustarnos a una enfermedad que potencialmente nos amenaza con la muerte en realidad es un proceso que encima de que nos incapacita, también nos llena de incertidumbre y requiere de nosotros enormes esfuerzos de adaptación (Cohen y Lazarus 1979). El proceso de ajuste también va a depender de las características de la enfermedad algunas de las cuales generan cambios en el aspecto y el funcionamiento corporal que contribuyen a menoscabar la valoración que la persona tiene de sí misma.

J Estado Emocional del paciente con VIH y Sida

El diagnóstico de una enfermedad crónica como el VIH y Sida ocasiona un fuerte impacto psicológico en el paciente afectado principalmente cuando se entera de su diagnóstico durante la etapa temprana de la enfermedad y en las etapas de adaptación a la nueva condición de salud

El Estado emocional representa los modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo

Depresivo estado de ánimo bajo que puede ser expresado de diversas maneras como sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento del grado de actividad y del pensamiento

Ansioso estado caracterizado por un fuerte afecto negativo síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro American Psychiatric Association (1994)

Algunos autores como Hecht (1997) y Tsasis (2001) citados por Ballester 2003 afirman que un programa ideal para mejorar la adhesión de los pacientes con VIH debería incluir además de los aspectos comentados otros componentes dirigidos a tratar problemas como la depresión el abuso de sustancias o la relación con los profesionales sanitarios

Algunos estudios bastante recientes (Molassiotis Nahas Chung Lam, Li Lau, 2002 Spire Duran, Souville Leport, Raffi y Moattu 2002 Sternhell y Corr 2002 Remor 2002 Mellins, Havens, McCaskill Leu, Brudney y Chesney 2002 Halkitis,

Parsons Wolitski y Remien 2003 Penedo González, Dahn Antoni Malow Costa y Schneiderman, 2003 Carrieri et al 2003) citados por Ballester 2003 concluyen que la existencia de problemas emocionales es un factor de riesgo por sí solo para una baja adhesión terapéutica y que por lo tanto debe ser una prioridad de los clínicos su detección y tratamiento. Por ello recientemente se han desarrollado programas de tratamiento que más que estar exclusivamente orientados a la promoción de la adhesión, toman en consideración otras variables que pueden estar afectándola directa o indirectamente. En este sentido se ha enfatizado la utilidad que podrían tener técnicas de intervención que ayuden al paciente a reducir su ansiedad su malestar emocional su sensación de indefensión y la percepción de falta de control. Se podría incluir entre esas técnicas el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva, la imaginación guiada, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o el entrenamiento asertivo para mejorar la relación con los profesionales sanitarios (Kelly y Murphy 1992) citado en Ballester 2003.

K Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

La adherencia terapéutica es muy importante en lo que a las enfermedades crónicas se refiere puesto que refleja el comportamiento del paciente con respecto a la enfermedad que padece y todas sus implicaciones para hacerle frente.

1 Definición de adherencia

En las recomendaciones para mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en el año 2004 del Grupo de estudio del SIDA (GESIDA) perteneciente a la sociedad española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, se propone la siguiente definición:

“Adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección inicio y control del Tratamiento Antirretroviral que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”

2 Importancia de la Adherencia

La adherencia es el determinante principal de la efectividad de los tratamientos en las personas con enfermedades crónicas

La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas la aceptación del diagnóstico la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo (Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo OMS 2004)

La buena adherencia terapéutica optimiza la efectividad de las intervenciones orientadas a promover estilos de vida saludables a modificar costumbres alimentarias a aumentar la actividad física, a promover el no fumar y conservar un comportamiento sexual seguro entre otras acciones La adherencia afecta la prevención secundaria y las intervenciones de tratamientos de enfermedades

La adherencia inadecuada o deficiente al Tratamiento Antirretroviral debe ser observada como una ineficiencia que impide alcanzar la efectividad clínica que puede lograrse a partir de los diferentes recursos con los que se cuentan

3 Adherencia óptima o estricta

La Adherencia óptima es necesaria en los pacientes de VIH/SIDA puesto que se requieren altos grados de ella, por la capacidad del virus de mutar y replicarse rápidamente por lo que para lograr una supresión duradera de la carga viral debe tenerse una adherencia $\geq 90-95\%$ (Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo OMS 2004)

La adherencia subóptima puede llevar velozmente a la resistencia del virus que luego puede pasarse a otras personas

Existen nuevas combinaciones eficaces de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) muy efectivo en bajar la carga viral y por ende mejorar el estado clínico de los pacientes

Paterson y colegas citados en Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo OMS 2004 encontraron que la adherencia menor al 95% predijo independientemente la resistencia vírica, los ingresos hospitalarios y las enfermedades oportunistas

La no adherencia puede tener consecuencias importantes en la salud pública, puesto que la farmacoresistencia a los antirretrovirales puede transmitirse a otras personas a los cuales se

les limitaría las opciones de tratamiento. Las cepas resistentes del virus se transmiten a los nuevos infectados a los cuales se les reduce las posibilidades de tratamiento es decir tendría que utilizar otros esquemas de tratamiento.

Algunos estudios sugieren que hasta el 80% de los aislados de personas recién infectadas son resistentes al menos a una clase de medicamentos antirretrovirales y que el 26% son resistentes a varias clases de medicación (Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo OMS 2004).

4 Factores que influyen en la adherencia

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por diferentes factores (Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo OMS 2004) (Recomendaciones para mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en el año 2004 del Grupo de estudio del SIDA (GESIDA)).

a Factores socioeconómicos

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

Otros factores que influyen son la raza de las cuales las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales también la edad es un factor que influye pero de manera irregular

b Factores relacionados con el equipo de salud

Una buena relación entre el equipo de salud y el paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Esta relación debe estar basada en la confianza, continuidad, accesibilidad flexibilidad y confidencialidad de los servicios de salud para favorecer la adherencia.

También hay que tomar en consideración muchos factores que ejercen un efecto inadecuado sobre la adherencia entre ellos tenemos sistemas deficientes de distribución de medicamentos falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño consultas cortas poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

c Factores relacionados con el tratamiento

Existen factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Entre ellos están los relacionados con la complejidad del régimen médico la duración del tratamiento los fracasos de tratamientos anteriores los cambios frecuentes en el tratamiento la inminencia de los efectos beneficiosos los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos

Se ha demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta la complejidad cuando el tratamiento interfiere con los hábitos establecidos de las personas cuando el tratamiento requiere lineamientos dietéticos

Nieuwkerk y colaboradores citado por Recomendaciones GESIDA para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral 2004 Mostró que el porcentaje de pacientes no adherentes aumenta cuando en la definición de adherencia tiene en consideración condiciones relacionadas con la dieta es decir cuando se especifica al paciente que debe tomar la medicación con ciertos tipos de alimentos o no debe tomarlos con ciertos alimentos también hace referencia al tiempo de toma antes de la comida o después de la comida.

d Factores relacionados con el paciente

Los factores de carácter psicológico son muy importantes en el cumplimiento de la adherencia. La ansiedad la depresión y el estrés influyen negativamente en este proceso

Las actitudes y creencias de los pacientes acerca de la medicación, la enfermedad y el equipo de salud son factores preponderantes para aceptar el tratamiento y seguirlo de forma correcta. Es importante también que el paciente entienda la relación entre adherencia y resistencia del virus a la medicación

Además son muy importantes los recursos con que cuentan el paciente el conocimiento las percepciones y las experiencias de cada uno

e Factores relacionados con la enfermedad

Entre los factores relacionados con la enfermedad son la gravedad de los síntomas el grado de la discapacidad, la velocidad de progresión de los síntomas la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos

5 Papel del psicólogo en la optimización de la Adherencia

La participación de los psicólogos aumenta la efectividad de los programas encaminados a identificar y tratar los problemas de salud comportamentales prevalentes siendo la no adherencia uno de los problemas ampliamente distribuidos y prevalentes

El éxito de cualquier tratamiento depende tanto de su efectividad como del modo en que el paciente lo usa. La adherencia se produce en el proceso de adaptación a la enfermedad

La ciencia psicológica y la práctica en cuanto a la adherencia se centran en los factores contribuyentes sistémicos biológicos sociales cognoscitivos comportamentales y emocionales. Los psicólogos aportan una comprensión de los procesos tanto adaptativos como maladaptados psicológicos sociales y comportamentales que son fundamentales para la comprensión, prevención y tratamiento de la no adherencia.

En cada situación en la cual el tratamiento incluye un aspecto sobre el comportamiento del paciente la adherencia es un posible problema. Este es el caso de los comportamientos de búsqueda de servicios de salud la autoadministración de la medicación de efectuar cambios de estilos de vida. La adherencia es un tema comportamental y la psicología es una disciplina del comportamiento. Su labor respalda la formulación de la política sanitaria eficaz, la vigilancia

de los factores de riesgo comportamentales en la población y el diseño ejecución y evaluación de las intervenciones

Los psicólogos poseen un adiestramiento unico y especializado Son los especialistas del comportamiento adiestrados como científicos y prestadores quienes aportan una perspectiva basada en datos fidedignos al problema de la no adherencia. Mediante la investigación y la práctica, los psicólogos han desarrollado enfoques precisos y efectivos para ayudar a los pacientes a enfrentar las exigencias impuestas por la enfermedad crónica que con frecuencia, contribuyen a la no adherencia. Los psicólogos también poseen pericia para la comunicación interpersonal y han contribuido al conocimiento en cuanto a la importancia de la buena comunicación entre los prestadores de servicios de salud y los pacientes para promover la adherencia.

El reconocimiento de la importancia de las aptitudes psicológicas y comportamentales en los programas de adiestramiento en las disciplinas de la salud ha constituido una exigencia adicional sobre las aptitudes de los psicólogos como educadores

Como una disciplina de la salud, la psicología mezcla la investigación científica básica y aplicada con la prestación clínica de servicios para aumentar el conocimiento acerca del comportamiento de adherencia y sus determinantes, para mejorar la salud y el bienestar de la población, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud

Como científicos los psicólogos generan conocimiento que ayuda a identificar las causas de la no adherencia, desarrollan y ponen a prueba teorías que ayudan a explicar los mecanismos causales y a diseñar y evaluar intervenciones para aumentar la adherencia.

Como prestadores de servicios de salud y miembros del equipo de salud los psicólogos aportan habilidades únicas para la evaluación psicológica y la valoración comportamental para ayudar a identificar a quienes se hallan en riesgo de no adherencia y para identificar los determinantes de la no adherencia cuando esta ya se ha convertido en un problema. En cuanto a la no adherencia, estas habilidades por lo general se emplean para abordar las barreras cognitivas motivacionales emocionales y comportamentales al autocuidado de la enfermedad y a la modificación de comportamientos de salud riesgosos (Ritchie P 2004)

La práctica psicológica en el área de la adherencia incluye

- La evaluación del riesgo de no adherencia como las contribuciones relativas de los atributos del paciente los factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento el contexto social de la enfermedad y los factores del prestador y el sistema de salud
- La evaluación y el tratamiento de las comorbilidades de salud mental que aportan riesgo adicional para la no adherencia,
- Las intervenciones específicas cognitivas motivacionales y comportamentales para aumentar la capacidad de los pacientes para atender su propia enfermedad o para reducir el riesgo de enfermedad
- La intervención de prevención de la recaída para asistir en el mantenimiento a largo plazo del tratamiento
- Las intervenciones de educación continuada para otros prestadores del servicio de salud que capacitan en las habilidades de comunicación, el aumento de la motivación y la modificación del comportamiento
- Las intervenciones de sistemas orientadas a mejorar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los tratamientos

Los psicólogos poseen una función integral en los equipos de salud de atención primaria, puesto que contribuyen a vigilar los riesgos comportamentales y psicológicos para la salud de los pacientes al identificar y tratar los problemas que amenazan la efectividad del tratamiento

L- Terapia Cognitiva Conductual

La terapia Cognitivo – Conductual constituye una de las opciones más potentes a la hora de intervenir psicológicamente. La misma hace referencia a las terapias que incorporan intervenciones conductuales y cognitivas

Las intervenciones conductuales son aquellas que disminuyen las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento

Las intervenciones cognitivas hacen referencia a la aplicación de técnicas para la disminución de las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo. Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseadas desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas mas adaptativas

La terapia cognitivo-conductual comparte las siguientes suposiciones

Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos

El aprendizaje está mediado cognitivamente

La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa)

Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse

La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.

Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual

- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales

Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos

Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno especialmente las variables cognitivas

Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar cogniciones

Se pone de notable énfasis en la verificación empírica.

La terapia es de duración breve

La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente

Los terapeutas cognitivo-conductual son directivos

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductual creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo este último origina a través de una serie de posibles intervenciones incluyendo la práctica de nuevas conductas el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más

adaptativo estando relacionado también el mantenimiento posterior de las ganancias con los cambios cognitivos

La posición cognitiva-conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de

- Estructuras cognitivas organización interna de la información (memoria a corto plazo memoria a largo plazo almacenamiento entre otros)
- Contenido cognitivo el contenido real que se almacena (conocimiento semántico información generada internamente creencias almacenadas)
- Procesos cognitivos la manera de funcionar del sistema para recibir almacenar transformar y gobernar la salida de la información (atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación)
- Productos cognitivo los resultados de la manipulación del sistema cognitivo (atribuciones imágenes creencias a las que se ha accedido decisiones pensamientos)

Las estructuras y el contenido cognitivo suelen denominarse conjuntamente esquemas

Las deficiencias cognitivas y las distorsiones cognitivas servirán para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo

Brewin (1996) citado en por Lega, L. Caballo V y Ellis A (2002) indica que se puede distinguir entre cogniciones que son relativamente accesibles a la conciencia, como los pensamientos automáticos y las denominadas cogniciones más profundas que son menos accesibles como los esquemas que son suposiciones o ideas irracionales nucleares

M La terapia Racional Emotiva – Conductual (TREC) de Albert Ellis

La premisa básica de esta terapia es que las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen

Esta terapia ofrece un método científico de pensamiento racional para ayudar a la gente a disminuir sus problemas emocionales y llevar una vida más plena y satisfactoria.

Un aspecto central de esta teoría es que mantiene una filosofía de vida, en que uno de sus principales objetivos es conseguir un profundo cambio filosófico en los individuos que afecte a sus emociones y conductas tanto presentes como futuras

Incluye también una visión humanística del hombre aceptándolo de forma incondicional con sus limitaciones y centrándose en sus experiencias y valores incluyendo su potencial de autorrealización

La TREC se esfuerza en que los individuos adquieran filosofías que resalten el interés por uno mismo la autodirección de su propio comportamiento la inclinación por lo social la tolerancia hacia uno mismo y hacia los demás la aceptación de la incertidumbre la flexibilidad el pensamiento científico el asumir riesgos y un compromiso con estos intereses vitales

1 El Modelo A B-C de la TREC

Esta teoría mantiene que las personas directamente no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida, más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma que en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan

La misma tiene como eje principal la forma de pensar del individuo la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias y las creencias que ha

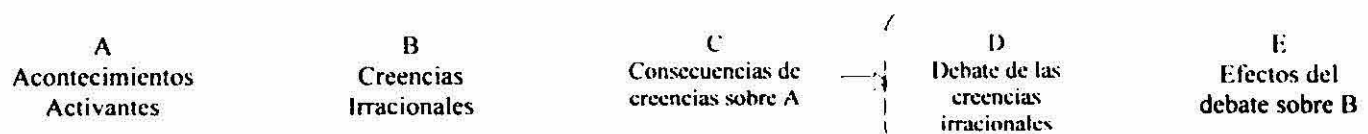
desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general. Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas poco empíricas y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo reciben el nombre de “irracionales”; esto significa que la persona razona de forma inadecuada llegando a conclusiones erróneas.

La TREC supone que existen dos tendencias básicas naturales:

- La facilidad con que las personas tienden a polarizar rápidamente sus deseos personales o sociales hasta exigencias rígidas y absolutistas.
- Las personas tienen el potencial para desarrollar la habilidad de identificar, cuestionar o debatir y cambiar dichas exigencias, si así lo desean.

La terapia racional emotiva conductual acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pone énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales.

Esquema:



A representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (consecuencias emocionales y conductuales). Pero, a pesar de que los acontecimientos activadores (A) a menudo parecen causar las (C), esto no es realmente así, ya que las (B) creencias y pensamientos sobre (A) son mediadores importantes entre los (A) y las (C); llegando a ser las principales y más directas responsables de (C).

Añadiendo D (debate) se refiere al debate de las creencias irracionales que permite modificar las (C) que causan malestar en el individuo y producir (E) efectos o respuestas saludables en el individuo

Estructura básica de la TREC

Los tres niveles básicos de conciencia cognitiva son importantes para comprender los problemas de los pacientes. Algunos de los niveles son más difíciles de recuperar y modificar que otros.

Los pensamientos automáticos, las inferencias y las atribuciones se encuentran en el flujo de nuestra conciencia y los pacientes pueden informar fácilmente de estos pensamientos después de un momento de reflexión.

Las cogniciones evaluativas, especialmente las disfuncionales asociadas con la perturbación emocional, son menos obvias para el paciente, mientras las creencias irracionales son más difíciles de descubrir, puesto que son reglas de vida o filosofías básicas que no nos damos cuenta que están funcionando hasta que son activadas por un cambio, como un acontecimiento vital estresante o un trastorno emocional importante.

De acuerdo con la TREC, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional que hace el individuo sobre sí mismo, sobre los otros y el mundo que los rodea. Esta evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas de los "debo" y "tengo que" dogmáticos sobre uno mismo, los otros o la vida en general, en vez de concepciones de tipo probabilista o preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma.

Las 11 creencias irracionales sustentadas por Ellis

Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno

Para considerarme a mi mismo como una persona valida, debo ser muy competente suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.

Las personas que no actuan como deberían son viles malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad

Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.

La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones

Si algo es o puede ser peligroso debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.

Es más fácil evitar responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente

Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar

Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre

Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás

Existe una solución perfecta para cada problema y si no lo hayamos seria catastrófico

Segun la teoría cualquier perturbación emocional estará relacionada, con gran probabilidad, con alguna de estas creencias irracionales El objetivo de la terapia será detectar y cambiar tanto las inferencias erróneas como las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan

La terapia racional emotiva conductual es un tipo de psicoterapia activa directiva en que el terapeuta lleva al paciente a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos demostrándoles que pueden afrontarse y que se pueden cambiar sus actitudes irracionales perturbadoras. Como un maestro que enseña al paciente a ser su propio terapeuta.

El trastorno psicológico deriva de las Creencias Irracionales. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

La salud psicológica, por su parte, está ligada a las Creencias Racionales. Ellis es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas apropiadas y patológicas.

El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente. ni la racionalidad de la terapia racional emotiva conductual puede ser confundida con un estado apático, frío o insensible del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así se distingue entre:

Emoción inapropiada

Depresión

Ansiedad

Culpa

Ira

Emoción apropiada

Tristeza

Miedo

Vergüenza

Disgusto

2 La Terapia Racional – Emotiva de Grupo

Aunque la TREC comenzó como un método individual de psicoterapia, los psicoterapeutas racional emotivos la utilizan muchísimo en la terapia de grupo

A diferencia de la mayoría de las demás psicoterapias de grupo los grupos racionales y emotivos no recalcan la relación entre los miembros como un medio para producir el cambio aunque a veces surgen unos fuertes vínculos afectivos interpersonales Los grupos de la TREC no insisten en las varias formas de experiencia emotiva para producir la catarsis de los sentimientos ni fomentan el apoyo interpersonal para proporcionarles a los miembros trastornados del grupo la fuerza del ego Los grupos están preparados para estimular a quienes pueden ayudarse mutuamente a pensar y a comportarse más racionalmente Como el individuo en la TREC estos grupos son polifacéticos aunque muy cognitivo filosóficos

La terapia racional emotiva utiliza mucho el trabajo para facilitar un cambio a una forma de pensar racional y de emocionarse apropiadamente

Se ha comprobado que los métodos de terapia de grupo son muy eficaces con individuos que tienen problemas emocionales mayores o menores y con individuos que pueden no tener ningún trastorno emocional en ese momento pero que quieren aprender por una finalidad profiláctica

La Terapia de Grupo puede ayudar mucho a los individuos que participan en ella de muchas formas

1 Enseña al cliente la forma de aceptar la realidad y de intentar cambiarla por medio de un trabajo bien combinado

2 La TREC recalca no solamente el demostrar a los clientes lo que están pensando y cómo sus pensamientos trastornados están causándoles sus sentimientos auto-destructivos sino también insiste en el análisis lógico en el ataque vigoroso y en el contraste empirico de esta forma de pensar irracional En un grupo se crean las condiciones favorables para cuestionar contradecir y atacar las cogniciones irracionales y desviadas los diferentes puntos de vista le producen al cliente un enorme impacto permitiéndoles observar su realidad desde diversos puntos

3 En la TREC los terapeutas tienen un método muy activo tratan de demostrarlo todo y de desafiar las opiniones del cliente En la terapia de grupo este método se refuerza mucho más porque los demás miembros del grupo le ayudan con sugerencias comentarios e hipótesis que se pueden comprobar con otras experiencias personales y reforzar algunos puntos importante emotivos e intelectuales Todo esto contribuye a una mayor eficacia terapéutica.

4 La TREC fomenta mucho las asignaciones de tareas personales y muy prácticas Así un cliente puede realizar muchas actividades concretas fuera de las sesiones de terapia, por ejemplo buscar un nuevo empleo citar a una mujer a la que no se atreve hacerlo o visitar a su suegra a la que detesta Tales actividades son más eficaces cuando son presentadas en grupo porque a veces los demás del grupo le pueden estimular más que el terapeuta.

5 La TREC abarca varios métodos de modificación de la conducta tales como el entrenamiento de la asertividad, correr riesgos en vivo y el ensayo conductual que se pueden aplicar en sesiones individuales pero que algunas veces son mejores y más eficaces si se llevan a cabo en grupo. Así si un individuo tiene miedo de hablar ante un público se le puede animar a que hable normalmente en el grupo mismo.

6 El grupo es un laboratorio práctico en el que se pueden observar las emociones, los gestos, las actitudes y los comportamientos mejor que en los informes de segunda mano de los clientes. Por ejemplo, los que dicen a su terapeuta individual que ya no se enfadan más con otros pueden conseguir hacerlo durante un tiempo. Pero éstos mismos métodos en el proceso de grupo inconscientemente pueden dar rienda suelta a su enfado cuando no van bien las cosas en el grupo. Y después el terapeuta y los demás miembros le pueden ayudar a reflexionar sobre su conducta y sobre sus propios sentimientos de enfado. Cuando ocurre esto los procedimientos de la TREC se pueden aplicar con eficacia para demostrarles las creencias irracionales que tienen y que les producen ese enfado y lo que pueden hacer para superarlos y cambiar su conducta.

7 En la TREC los clientes rellenan muchas veces unos informes de las tareas personales que han hecho y luego al comienzo de las sesiones se los entregan a los terapeutas para que los examine y los corrija. Este método les enseña a asimilar muy bien los A-B-C de sus experiencias más trastornadas y cuando se les corrige les capacita para utilizar la teoría y práctica de la TREC con mayor eficacia la próxima vez. En las sesiones de grupo se leen algunos informes de las tareas personales realizadas y se corrigen en la

misma sesión. Así todos los miembros del grupo pueden ver correctamente que tipo de consecuencia emocional trastornada se dio (en el punto C) que Hecho Activador que ocurrió (en el punto A) qué Ideas o Creencias irracionales y racionales se dijo (en el punto B) para auto crearse sus Consecuencias trastornadas y qué clase de discusión eficaz emprender (en el punto D) para minimizar y erradicar sus Creencias irracionales y sus Consecuencias desordenadas. Al oír la exposición de los principales problemas de los demás miembros del grupo y lo que hacen para abordarlos en el informe de las tareas personales la mayor parte de los clientes se sienten animados a trabajar con mayor entusiasmo.

8 En el proceso de grupo los clientes no se ven solos y se dan cuenta que no son los únicos en tener problemas emocionales. Así aprenden que no se deben auto condenar por ello. Reciben la ayuda generosa de los demás ya que todos se hallan en la misma barca y aprenden la forma de intentar contarles a los demás sus propias creencias irracionales y de ahí a atacarlas consciente o inconscientemente. En el grupo ellos aprenden la teoría de la TREC su forma concreta de aplicación aplicándola de hecho.

9 Los clientes reciben un valioso feedback del grupo. Empiezan a considerarse a sí mismos más y más como los demás les consideran, a darse cuenta de la mala impresión que a veces les causan a los demás y aprenden a cambiar alguno de sus comportamientos. Con frecuencia, adquieren una gran habilidad para actuar en las reuniones sociales y a comunicarse amigablemente con los demás miembros en las sesiones y con otros desconocidos fuera de ellas. Adquieren una mayor confianza en sí mismos al aceptarse como son sin importarles ya tanto si actúan bien o mal.

10 Cuando un individuo intenta abordar los problemas de los demás del grupo y los cuestiona erróneamente llega a conclusiones inapropiadas aconseja mal o sigue ofreciendo soluciones meramente aparentes a sus problemas básicos el terapeuta y otros miembros del grupo pueden observar sus errores se los presentan para que los consideren mejor y tratan que él responda con más exactitud y propiedad Por eso él recibe un correctivo emocional y una experiencia didáctica en el mismo proceso de la sesión

11 El individuo es capaz de observar el progreso especialmente el filosófico y conductual de los otros miembros del grupo y ahí ver que el tratamiento puede ser eficaz él o ella también pueden cambiar de igual forma, hay cosas concretas que ayudan la terapia no es un método mágico sino que casi siempre consiste en trabajar duro y seguir sin desfallecer

12 A los miembros del grupo se les ofrece una gama más amplia de posibles soluciones a sus problemas que la que normalmente recibiría un cliente en la terapia individual De diez a doce personas presentes en una determinada sesión de grupo una de ellas puede al fin triunfar en un problema central y otra persona puede ofrecer una excelente solución

13 El revelar sus problemas íntimos a un grupo de personas que puede ser en sí mismo muy terapéutico para el individuo En un grupo normal de la TREC los clientes comunican muchos hechos y sentimientos normalmente ocultos a sus compañeros al ser estimulados y casi forzados a que lo hagan ven muchas veces que nada es realmente

vergonzoso como ellos creían que era. En los talleres de la TREC ellos se pueden abrir a unas cien personas o más especialmente cuando tímidos e inhibidos a veces experimentan que esa experiencia es una de las arriesgadas y más útiles para vencer su timidez

14 La TREC como la mayoría de los sistemas de orientación cognitiva, es muy educativa y didáctica. En ella muchas veces se incluyen explicaciones diversas clases de información y las técnicas de discusión para hallar la solución de los problemas. Normalmente tanto el terapeuta como el cliente ahorran más tiempo y dinero que el explicar a cada uno individualmente lo que debe hacer. Además la enseñanza tiene más sentido en grupo que en una sesión individual y fomenta cierto tipo de preguntas y respuestas y el terapeuta puede dirigir la discusión con más viveza e interés.

15 La sesión de grupo tiende a ser muy eficaz para muchos clientes en parte debido a su duración. Mientras las sesiones individuales tienden a durar entre media hora y tres cuartos de hora, las sesiones de grupo duran dos horas o dos media y después se siguen de modo informal sin nadie que las dirija mucho más tiempo. Muchas veces los clientes hablan de ideas irracionales en un clima más amistoso y distendido. Esto resulta muy atractivo desde el punto de vista terapéutico.

16 La técnica de terapia de grupo puede ser especialmente útil para individuos rígidos y emotivamente herméticos que tienen mucha dificultad en dejar unos modelos antiguos y perturbados de comportamiento y adquirir otros nuevos y racionales.

La terapia de en grupo es muy útil para atacar las premisas irracionales de los individuos trastornados y sus deducciones ilógicas y en ayudarles a reconsiderar y a erradicar sus filosofías básicas auto-destructivas y es que es mucho más eficaz que la terapia individual. Esta es la razón por la cual los principales terapeutas de orientación cognitiva tales como Berne (1964) Corsini-(1966) Dreikurs (Dreikurs y Grey 1968) Ellis (1962 1971 1972) Ellis y Harper (1970a, 1970b) Lazarus (1971) Low (1952) y Phillips y Wiener (1966)- han utilizado tanto las diversas técnicas de terapia de grupo

No hace falta decir que los métodos de terapia de grupo tienen desventajas intrínsecas cuando se les compara con otras técnicas de terapia. Se ha encontrado que ciertos miembros del grupo tienen celos mutuos y por ignorancia pueden descarnar a otros. Dan soluciones muy deficientes y a veces perjudiciales. A veces pierden muchísimo tiempo cuando existe poca oportunidad para el cliente de adoptar una solución difícil y muy complicada. Pueden bombardear al individuo con tantas y poderosas sugerencias que se ve abrumado y en parte paralizado. Pueden permitir a un miembro si no interviene el terapeuta, que tenga poca participación y de ahí que no logre cambiar casi nada. Pueden condenar irracionalmente a la persona que tiene una conducta deficiente o porque no quiere hacer nada para cambiarla.

N Tratamiento terapéutico al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Es importante destacar la importancia de la medicina preventiva quien pretende promover conservar la salud y prevenir las enfermedades a través de los tres niveles de

prevención el nivel primario el cual tiene por objeto promover la salud y evitar la aparición de enfermedades la prevención secundaria se enfoca en la detección, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado y la prevención terciaria en la rehabilitación física, mental y social del paciente

En este apartado trataremos parte de los objetivos de prevención secundaria referente al tratamiento adecuado en el caso de los sujetos que padecen la infección por el VIH

El tratamiento de los individuos con infección por el VIH exige no sólo un conocimiento amplio de los posibles procesos patológicos sino también la capacidad para afrontar los problemas de una enfermedad crónica que pone en peligro la vida de quien la padece Se han conseguido grandes avances en el tratamiento de los pacientes con infección por el VIH El tratamiento antirretroviral específico así como la profilaxis resultan esenciales para proporcionar a cada individuo la mejor oportunidad de vivir una vida larga y sana a pesar de la presencia de la infección (Guía de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA Panamá. 2002)

El tratamiento es muy importante para los pacientes que padecen esta enfermedad pues ofrece beneficios evidentes con respecto a que es el tratamiento más eficaz para suprimir las replicación del VIH usándose combinaciones de varios antirretrovirales

Con el uso de la terapia Antirretroviral Altamente Activa se ha logrado mejorar la calidad y cantidad de vida de los pacientes así como la frecuencia de las infecciones oportunistas y el número de hospitalizaciones también se disminuye la carga viral en los pacientes

1 Definición de Tratamiento Antirretroviral

Tratamiento Antirretroviral consiste en la utilización de una combinación de medicamentos que suprimen la replicación del VIH

2 Descripción del tratamiento

El tratamiento Antirretroviral está compuesto por un grupo de medicamentos que se utilizan en el manejo de los pacientes con infección por el VIH/SIDA estos medicamentos se dividen en cuatro grandes grupo(Guía de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA Panamá. 2002)

Los Inhibidores de la Transcriptasa inversa, fueron los primeros fármacos en desarrollarse en la lucha contra el VIH estos actúan inhibiendo la enzima transcriptasa inversa del virus enzima que participa en la traducción del material genético viral al material genético humano

- a. Inhibidores de la Transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos Entre ellos tenemos Zidovudina, Didanosina, Zalcitabina, Estavudina, Lamivudina, Abacavir Zidovudina + Lamivudina Convivir Zidovudina + Lamivudina + Abacavir Trizivir
- b. Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos entre ellos están Efavirenz y Nevirapina
- c. Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleótido este es el Tenofovir
- d. Inhibidores de proteasa estos medicamentos actúan inhibiendo la enzima proteasa del virus la cual participa en la fabricación de las estructuras proteicas que constituyen los componentes del virus Entre estos medicamentos se

encuentran Ritonavir Indinavir Nelfinavir Saquinavir cápsulas blandas y duras Amprenavir y Lamivudina + Ritonavir Kaletra

3 Esquemas de tratamiento

La mayoría de las veces se prefieren las combinaciones de dos inhibidores de transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITRN) más un inhibidor de transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITRNN) a los que debe incluir un Inhibidor de Proteasa (IP) por su número de pastillas y de tomas. La consecuencia con los inhibidores de transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos es que si el paciente no sigue el tratamiento fielmente la aparición de virus resistentes es rápida.

Los inhibidores de proteasa con los inhibidores de transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos han sido el tratamiento a pacientes con la enfermedad avanzada, con los que se consigue la restauración parcial del sistema inmune.

Al seleccionar el tratamiento se debe considerar las posibilidades futuras de este en caso de que falle el que se ha seleccionado primero.

4 Esquemas de Tratamiento Recomendados (Guía de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA Panamá 2002)

Esquema A Pacientes sin terapia previa

A1 Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz

A2 Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Indinavir

A3 Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) +Nelfinavir

Los esquemas A2 y A3 se consideran alternativas aceptables de inicio de tratamiento

Esquema B previamente tratados con AZT o que no Toleran el AZT

B1 Estavudina (D4T) + Lamivudina (3TC) + Indinavir

B2 Estavudina (D4T) + Lamivudina (3TC) + Nelfinavir

B3 Estavudina (D4T) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz

Esquema C pacientes tratados previamente con AZT + 3TC

C1 Estavudina (D4T) + Didanosina (DDI) + Indinavir

C2 Estavudina (D4T) + Didanosina (DDI) + Nelfinavir

C3 Estavudina (D4T) + Didanosina (DDI) + Efavirenz

C4 Estavudina (D4T) + Didanosina (DDI) + Ritonavir + Indinavir

C5 Estavudina (D4T) + Didanosina (DDI) + Lopinavir + Ritonavir

Esquema D Terapia de Rescate

Es recomendable cuando el paciente presenta resistencia a multiples medicamentos que esté recibiendo Se recomienda que el paciente reciba dos o tres productos que no haya recibido anteriormente y que se considere la utilización de dos inhibidores de proteasa.

D1 Didanosina (DDI) + Efavirenz + Indinavir + Ritonavir

D2 Estavudina (D4T) +Efavirenz + Indinavir + Ritonavir

**D3 Estavudina (D4T) + Didanosina (DDI) + Efavirenz + Indinavir +
Ritonavir**

Otra opción es el uso de Kaletra.

5 Criterios para el inicio del Tratamiento Antirretroviral

Al iniciar la Terapia Antirretroviral (TARV) se toman en consideración el estado clínico del paciente manifestaciones asociadas al VIH/SIDA las cifras de linfocitos CD4 y la determinación de la carga viral (CV)

Es necesario que el paciente exprese su interés por el tratamiento antes de iniciarlo. Además se le debe proporcionar información precisa y adecuada acerca de los beneficios, riesgos y necesidades de adherencia a la terapia.

Se recomienda iniciar el tratamiento en pacientes con síntomas de infección por VIH o enfermedades indicadoras de SIDA así como también en pacientes asintomáticos con cuentas linfocitos CD4 $<300/\text{mm}^3$ y con cifras de carga viral de $> 55\,000$ copias/ml

CAPÍTULO II
ASPECTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Fundamentados en las teorías expuestas en el capítulo I podemos considerar el impacto que produce en la persona vivir con el VIH el cual implica una desestabilización en el estado emocional aunado también a la necesidad de ceñirse a un tratamiento farmacológico de por vida que le permitirá al paciente mantener un sistema inmunológico robusto

Los pacientes que viven con VIH evidencian el desajuste que produce en todos los aspectos de sus vidas su condición de salud. Por lo tanto es fundamental brindar a esta población atención integral desde la Psicología Clínica para tratar el estado emocional y aspectos comportamentales como la adherencia al tratamiento antirretroviral

Tomando en cuenta la importancia del estudio de la conducta humana para hacer frente a estas condiciones de salud se considera importante la aplicación de un Programa de terapia cognitivo conductual para el mejoramiento de la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH y Sida.

Los datos encontrados nos ayudarán a ampliar los conocimientos acerca del efecto de la psicoterapia en estos pacientes

En consideración a lo expuesto se presentan los aspectos metodológicos de esta investigación

A Planteamiento del Problema

¿Mejorará un programa de intervención grupal cognitivo conductual la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH y Sida?

1 Objetivos Generales

- a. Evaluar la efectividad de un Programa de intervención psicoterapéutica grupal cognitivo conductual para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional de los pacientes diagnosticados con VIH y Sida.**
- b. Desarrollar habilidades cognitivas para contrarrestar los pensamientos negativos de los pacientes**

2 Objetivos Específicos

- a. Determinar como es la adherencia a los tratamientos antirretrovirales y el estado emocional de los pacientes (depresión y ansiedad) antes de iniciar la Terapia Cognitiva – Conductual**
- b. Determinar cómo es la adherencia a los tratamientos antirretrovirales y el estado emocional de los pacientes (depresión y ansiedad) terminada la Terapia Cognitiva – Conductual**
- c. Determinar cómo es la adherencia a los tratamientos antirretrovirales y el estado emocional de los pacientes (depresión y ansiedad) para el grupo control**
- d. Comparar el efecto de la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva Conductual en la adherencia y el estado emocional de los pacientes antes y después**

3 Preguntas de Investigación

- a. ¿Cómo es la adherencia al Tratamiento antirretroviral de los pacientes candidatos para el grupo experimental?**
- b. ¿Cómo es el estado emocional de los pacientes candidatos al grupo experimental?**

- c ¿Mejorará la adherencia al Tratamiento Antirretroviral la aplicación de un programa de Terapia Cognitiva – Conductual?
- d ¿Mejorará el estado emocional depresivo y ansioso la aplicación de un programa de Terapia Cognitiva – Conductual?

B- Tipo de Estudio

Segun Hernández Sampieri (2003) los estudios explicativos pretenden establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian.

Este estudio es de tipo explicativo ya que pretende demostrar que la causa de los cambios en el mejoramiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional ansioso y depresivo en personas que viven con VIH es la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva Conductual

C Formulación de Hipótesis

En este apartado se expone la hipótesis de investigación seguida de la hipótesis estadística para cada una de las variables en este estudio

Hipótesis de Investigación

Hipótesis de Investigación nº 1

El promedio obtenido en el Cuestionario de adherencia al tratamiento antirretroviral antes del tratamiento sera menor que el promedio obtenido despues del tratamiento en el grupo experimental

Hipotesis de Investigación n° 2

El promedio obtenido en el Cuestionario de adherencia al tratamiento antirretroviral por el grupo control en el posttest será menor que el promedio obtenido en el posttest por el grupo experimental

Hipotesis de Investigación n° 3

El promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Ansiedad del Inventario Clinico Multiaxial de Millon antes del tratamiento será mayor que el promedio obtenido después del tratamiento para el grupo experimental

Hipótesis de Investigación n° 4

El promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Ansiedad del Inventario Clinico Multiaxial de Millon por el grupo control en el posttest será mayor que el promedio obtenido en el posttest por el grupo experimental

Hipótesis de Investigación n° 5

El promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Depresion del Inventario Clinico Multiaxial de Millon antes del tratamiento sera mayor que el promedio obtenido despues del tratamiento en el grupo experimental

Hipótesis de Investigación n° 6

El promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Depresión del Inventario Clinico Multiaxial de Millon por el grupo control en el posttest es mayor que el promedio obtenido en el posttest por el grupo experimental

Hipótesis Estadísticas

Hipotesis estadistica N° 1

$H_0 \mu_{GEA} < \mu_{GED}$

$H_1 \mu_{GED} > \mu_{GEA}$

Nivel de significación 0.05 (una cola)

Nivel de Confianza 95%

Estadístico de prueba Prueba t para medias dependientes

Criterio de Decisión Si el valor observado de t es mayor que el valor crítico de t a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola, los resultados son estadísticamente significativos para rechazar la H_0 y respaldar la H_1

Hipótesis estadística N° 2

$H_0: \mu_{GED} < \mu_{GCD}$

$H_1: \mu_{GED} > \mu_{GCD}$

Nivel de significación 0.05 (una cola)

Nivel de Confianza 95%

Estadístico de prueba Prueba t para medias dependientes

Criterio de Decisión Si el valor observado de t es mayor que el valor crítico de t a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola, los resultados son estadísticamente significativos para rechazar la H_0 y respaldar la H_1

Hipótesis estadística N° 3

$H_0: \mu_{GED} > \mu_{GEA}$

$H_1: \mu_{GED} < \mu_{GEA}$

Nivel de significación 0.05 (una cola)

Nivel de Confianza 95%

Estadístico de prueba Prueba t para medias dependientes

Criterio de Decisión Si el valor observado de t es mayor que el valor crítico de t a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola, los resultados son estadísticamente significativos para rechazar la H_0 y respaldar la H_1

Hipótesis estadística N° 4

$H_0: \mu_{GED} > \mu_{GCD}$

$H_1: \mu_{GED} < \mu_{GCD}$

Nivel de significación 0.05 (una cola)

Nivel de Confianza 95%

Estadístico de prueba Prueba t para medias dependientes

Criterio de Decisión Si el valor observado de t es mayor que el valor crítico de t a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola, los resultados son estadísticamente significativos para rechazar la H_0 y respaldar la H_1

Hipótesis estadística N° 5

$H_0: \mu_{GEA} < \mu_{GED}$

$H_1: \mu_{GEA} > \mu_{GED}$

Nivel de significación 0.05 (una cola)

Nivel de Confianza 95%

Estadístico de prueba Prueba t para medias dependientes

Criterio de Decisión Si el valor observado de t es mayor que el valor crítico de t a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola, los resultados son estadísticamente significativos para rechazar la H_0 y respaldar la H_1

Hipótesis estadística N° 6

$H_0 \mu_{GCD} < \mu_{GED}$

$H_1 \mu_{GCD} > \mu_{GED}$

Nivel de significación 0 05 (una cola)

Nivel de Confianza 95%

Estadístico de prueba Prueba t para medias dependientes

Criterio de Decisión Si el valor observado de t es mayor que el valor crítico de t a un nivel de significación de 0 05 para una prueba de una cola, los resultados son estadísticamente significativos para rechazar la H_0 y respaldar la H_1

D- Variables de Estudio

1 Identificación de las variables

Las variables son propiedades que pueden variar y esta variación puede ser medida u observada. La variable independiente es aquella que manipulamos deliberadamente a fin de observar sus efectos en la variable dependiente

a. *Variable Independiente* Programa de Terapia Cognitiva-conductual

b. *Variables Dependientes*

Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

Estado emocional

1 Ansioso

2 Depresivo

2 Definición conceptual de las variables

Variable Independiente

a Programa de Terapia Cognitiva-conductual terapia que incorpora tanto intervenciones conductuales como intervenciones cognitivas Ambas intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizajes nuevas más adaptativas (Brewin 1996) citado por Legan, Caballo y Ellis (1997)

Variables dependientes

a. *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral* Capacidad del paciente para implicarse en la elección, inicio y control de Tratamiento Antirretroviral que le permite mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral

b *Estado emocional* representa los modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo

Depresivo estado de ánimo bajo que puede ser expresado de diversas maneras como sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento del grado de actividad y del pensamiento

Ansioso estado caracterizado por un fuerte afecto negativo síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro American Psychiatric Association (1994)

3 Definición operacional de las variables

Segun Hernández Sampieri (2003) la definición operacional de las variables establece la descripción que debe hacer un investigador para medir las variables

Variable Independiente

a. Terapia cognitivo conductual Se trata de un programa cognitivo-conductual en formato grupal con una duración de 10 sesiones (dos a la semana) de dos horas cada una de ellas

Por lo que respecta a la estructuración del programa de tratamiento tras haber realizado una evaluación individualizada de cada paciente se inició con una sesión inicial de presentación del programa y del grupo La sesión 1 y 2 se dedicarán a informar a los pacientes acerca de su enfermedad En la sesión 3 se introduce el módulo cognitivo a partir fundamentalmente del modelo ABC de Albert Ellis En la sesión 4 siguiendo con el módulo cognitivo se enseña a los pacientes a combatir sus pensamientos negativos En la sesión 5 seguiremos combatiendo los pensamientos negativos La sesión 6 va dirigida al entrenamiento en relajación En la sesión 7 se entrena a los pacientes en tecnicas de solución de problemas La sesión 8 se centra en la promoción de la salud incluyendo la adhesión al tratamiento La sesión 9 tratará los

hábitos de salud aconsejables y la prevención de reinfecciones
Finalmente dedicamos una ultima sesión a la prevención de recaídas

Variable Dependiente

a. **Adherencia al Tratamiento Antirretroviral** Para la medición de esta variable se utilizará el Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida (CEAT VIH) © (Eduardo Remor) El cual es un instrumento de autoinforme de carácter multidimensional que evalúa el grado de adhesión al tratamiento que tienen las personas VIH positivas bajo tratamiento farmacológico antirretroviral

Sus ítems abarcan las siguientes dimensiones de la adherencia cumplimiento del tratamiento y factores modulares de la adhesión al tratamiento entre ellos antecedentes de falta de adhesión, interacción médico paciente creencias del pacientes intensidad de los efectos secundarios grado de información sobre la medicación, grado de satisfacción con la toma de la medicación percepción de mejora de salud y utilización de estrategias para recordar la toma de los fármacos

b **Estado emocional** será evaluado por medio de El Inventario Clínico Multiaxial de la Personalidad de Millon III (MCMI III) La cual es utilizada para el diagnóstico o evaluación clínica de adultos que

presentan problemas emocionales interpersonales o que están en tratamiento con profesionales psicólogos

El MCMI III es un instrumento que asiste a evaluar y diagnosticar utilizando como partida DSM IV los desórdenes relacionados a la personalidad y otros desórdenes clínicos

Este Inventario consta de 175 elementos de respuesta verdadero-falso y evalúan las siguientes escalas 4 de fiabilidad y validez, 10 básicas de la personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

El estado emocional Ansioso y depresivo para esta investigación se realizará en base a la evaluación que realiza el cuestionario de síndromes clínicos de gravedad moderada, escalas (A) Trastorno de Ansiedad y (D) Trastorno Distímico

Un rasgo importante de este inventario es el uso de datos de prevalencia (prev) en lugar de transformaciones a puntuaciones típicas normalizadas Debido a que las puntuaciones t se desarrollan de modo que un porcentaje fijo de la muestra se sitúa por encima de un determinado punto de corte dichas puntuaciones asumen implícitamente que las tasas de prevalencia de todos los trastornos son iguales el MMCI intenta diagnosticar los porcentajes de los pacientes que realmente presentan trastornos en los ámbitos diagnósticos

E- Diseño de la Investigación

La investigación expuesta es un diseño cuasi experimental de pre prueba – pos prueba con grupos intactos

Para este estudio se aplicaron dos instrumentos de evaluación, el CEAT VIH para medir la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y el MMCI para la evaluación del estado emocional del paciente a un grupo de pacientes VIH positivos que reciben tratamiento en la ONG Aid for Aids Panamá, se trabajó con dos grupos, experimental y control

Al grupo experimental se le aplicó una intervención cognitiva conductual dirigida a mejorar la Adherencia al tratamiento Antirretroviral y el estado emocional una vez finalizada la intervención se procedió a la aplicación de las pruebas

El grupo Control estuvo conformado por 4 sujetos a los cuales se les aplicó el pretest y luego de pasados 3 meses se les volvió a llamar para la aplicación del postest. Cabe destacar que a este grupo de sujetos no se les aplicó ningún tipo de intervención

Dados los procesos que contemplaba esta investigación se pudo comparar el efecto de la intervención cognitiva conductual para el mejoramiento de la adherencia y el estado emocional así como los grupos experimental y control

F Diseño Estadístico

Para el análisis de los datos de esta investigación se utilizarán estadísticas descriptivas organizadas en tablas cuadros gráficas que permitirán representar las características generales de la población estudiada

Para la medición de las variables dependientes de esta investigación, se utilizarán estadísticas inferenciales mediante pruebas de hipótesis con estadísticas paramétricas

El estadístico de prueba para determinar el cambio de una variable en dos momentos (pre y post intervención) será la t de students, para muestras dependientes, con un nivel de significación de 0.05 a una cola.

G- Población y Selección de la Muestra

1 Población

El universo para esta investigación hasta el 31 de diciembre de 2009 está conformado por 4 498 personas VIH positivo entre niños y adultos asegurados y no asegurados que reciben tratamiento antirretroviral en la República de Panamá. (Guanti 2010)

2 Muestra

Aid for Aids Panamá al momento de esta investigación proveía de antirretrovirales a una población de 37 sujetos, los cuales habían hecho resistencia a algunos de los esquemas de tratamiento suministrados por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social

La muestra utilizada para este estudio son los pacientes VIH positivos asistidos por la Organización Social Aid for Aids Panamá, los cuales se encuentran en Tratamiento Antirretroviral en edades de 25 a 48 años con un mínimo de estudios de hasta el noveno grado y que al ser evaluados con el Cuestionario de Evaluación de Adherencia a los Antirretrovirales y con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon presentaran no Adherencia y estado emocional ansioso y depresivo

El numero de pacientes que participaron de dicho estudio fueron 9 de los cuales 4 son del sexo femenino y 5 del sexo masculino de estos, 4 se identificaron como homosexuales y 1 como bisexual

El tipo de muestra a utilizar es de tipo no probabilística, puesto que se trabajó con los grupos como estaban compuestos al momento de la investigación.

a. Criterios de inclusión

Para su participación en el estudio Aid for Aids citó a los beneficiarios que al ser evaluados cumplieran con los siguientes aspectos

- Ser personas que vivan con el VIH y Sida
- Que se encuentren en tratamiento antirretroviral
- Que se encuentren dentro del grupo etáreo adultos jóvenes en edades entre los 25 a 48 años
- Que hayan cursado hasta el noveno grado de educación básica.
- Que puntuaran como no adherentes al CEAT VIH
- Que puntuaran con estado emocional ansioso y depresivo

b. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión

- No encontrarse en tratamiento antirretroviral
- Demasiado afectada (o) para participar
- Tener un diagnóstico previo de trastornos psicológicos o psiquiátricos que puedan interferir con los resultados de la intervención

H Instrumentos y técnicas de medición

La historia clínica de los pacientes que participaron en este estudio fueron recogidos por medio de la entrevista convencional que se realizó a los integrantes de los grupos

Se realizó el registro de la información relevante obtenida durante las sesiones de tratamiento mediante el registro de observaciones

Las mediciones psicométricas de cada participante se realizó a través de las siguientes pruebas

1 Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida (CEAT VIH)

El autor de este Cuestionario es Eduardo Remor Ph D Doctor en Psicología, del departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad de Madrid España.

Codificación de los datos La codificación de los datos se realiza de acuerdo a las puntuaciones establecidas en el manual del cuestionario la puntuación directa obtenida nos indica que a mayor puntuación, mayor grado de adhesión al tratamiento

Para este estudio consideramos la adherencia óptima como aquella que se puntúa como \geq al Centil 95

2 El Inventario Clínico Multiaxial de la Personalidad de Millon III (MCMI III) con el cual se busca medir el estado emocional de las

personas que participan en el estudio. Es un instrumento que asiste a evaluar y diagnosticar utilizando como partida DSM IV los desórdenes relacionados a la personalidad y otros desórdenes clínicos.

Este inventario consta de 175 elementos de respuesta verdadero-falso y evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicas de la personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

El estado emocional Ansioso y depresivo para esta investigación se realizará en base a la evaluación que realiza el cuestionario de síndromes clínicos de gravedad moderada, escalas (A) Trastorno de Ansiedad y (D) Trastorno Distímico.

Un rasgo importante de este inventario es el uso de datos de prevalencia (prev) en lugar de transformaciones a puntuaciones típicas normalizadas. Debido a que las puntuaciones t se desarrollan de modo que un porcentaje fijo de la muestra se sitúa por encima de un determinado punto de corte, dichas puntuaciones asumen implícitamente que las tasas de prevalencia de todos los trastornos son iguales. El MMCI intenta diagnosticar los porcentajes de los pacientes que realmente presentan trastornos en los ámbitos diagnósticos.

I Métodos de intervención

La intervención se llevará a cabo siguiendo el esquema de Terapia utilizada por el Dr. Rafael Ballester Arnal (España) de la Universidad Jaime de Castellón.

Entrevista Convencional previa a la asignación al azar del grupo experimental

Sesión inicial

Objetivo

- 1 Presentar el programa de terapia Cognitiva – Conductual a los pacientes**
- 2 Explicar los aspectos generales de la Terapia**
- 3 Evaluar la adherencia y el estado emocional de los pacientes**

Actividades

- 1 Presentación del terapeuta.**
- 2 Objetivos de la sesión**
- 3 Presentación de los pacientes en la que comentan, entre otros temas, su situación actual con respecto al SIDA**
- 4 Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales en los que va a consistir el programa de intervención**
- 5 Opinión del grupo sobre el tratamiento que se va a recibir y expectativas sobre el proceso y resultado terapéuticos**
- 6 Aclaración por parte del terapeuta de las normas de funcionamiento**
- 7 Aplicación de cuestionarios**
- 8 Fijación de la próxima sesión**

SESIÓN 2 Modulo Educativo

Objetivos

- 1 Evaluar los niveles de conocimiento de los pacientes sobre el VIH y Sida**
- 2 Explicar el ciclo de vida del VIH el SIDA su prevalencia y manifestaciones clínicas**
- 3 Explicar los tratamientos farmacológicos prevención de reinfecciones e intervenciones psicológicas**

Actividades

- a. Ronda entre los pacientes para saber sus conocimientos y dudas sobre cada punto**

- b Explicación con la ayuda de algunas diapositivas centrándonos básicamente en los siguientes temas qué es el VIH cómo se transmite cómo afecta al organismo qué es el SIDA su prevalencia y manifestaciones clínicas
- c Planteamiento por parte del terapeuta de las posibles líneas de acción ante la infección tratamiento farmacológico prevención de reinfecciones e intervención psicológica.
- d Análisis de las posibles dudas respecto al material de apoyo entregado en la sesión anterior

SESIÓN 3 Introducción al Módulo de Terapia Cognitiva

Objetivos

- 1 Exponer la problemática emocional y el manejo de emociones negativas que conlleva vivir con VIH
- 2 Explicar el manejo de las emociones negativas y su efecto en el sistema inmunológico en la adhesión al tratamiento y en las reinfecciones
- 3 Mostrar el modelo ABC de la Terapia cognitiva conductual y su aplicación a los pensamientos negativos

Actividades

- a. Recordar problemática emocional y dificultad para enfrentarse a ciertas situaciones en pacientes con VIH
- b Importancia del manejo de las emociones negativas Efectos para su calidad de vida e incluso para su cantidad de vida psiconeuroinmunología, adhesión al tratamiento y evitación de reinfecciones
- c Plan general del tipo de técnicas psicológicas que van a aprender para ello Ejemplo para la introducción de la cognitiva en el que se plantea la importancia de los pensamientos
- d Presentación del modelo ABC
- e Ronda para que cada uno ponga sus ejemplos de la importancia de los pensamientos
- f Intervención de los pacientes para comentar cuáles son sus principales pensamientos negativos en torno al VIH

- g Explicación y entrega de la hoja de registro para los pensamientos negativos

SESIÓN 4 Módulo De Terapia Cognitivo (II)

Objetivos

- 1 Analizar los pensamientos negativos
- 2 Explicar los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos
- 3 Aplicar los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos

Actividades

- a. Revisión de los registros sobre pensamientos negativos y de las dudas sobre el material de autoayuda
- b. Análisis del registro de pensamientos mas frecuentes
- c. Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos
- d. Ejemplificar y aplicar a pensamientos negativos
- e. Entregar escrito con los pasos para la discusión cognitiva.
- f. Tarea aplicar a un pensamiento o dos y dar registro nuevo con pensamientos alternativos

SESIÓN 5 Módulo De Terapia Cognitivo (III)

Objetivos

- 1 Emplear las cogniciones alternativas en ensayos de habilidades de afrontamiento cognitivas
- 2 Clarificar las cogniciones expuestas por los pacientes y sus contrarrespuestas utiles

Actividades

- a. Revisión de la tarea revisión de la aplicación de pensamientos alternativos
- b. Se clarifican y desarrollan nuevas y aceptables habilidades cognitivas de afrontamiento
- c. Realizar ensayos de las habilidades de afrontamiento cognitivas empleando las cogniciones alternativas
- d. El paciente comparte sus temas cognitivos y las contrarrespuestas utiles

- e Se refuerzan los éxitos del paciente se clarifican las cogniciones y sus contrarrespuestas

SESIÓN 6 Entrenamiento en Relajación

Objetivos

- 1 Explicar la importancia de la relajación para disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad y la depresión.
- 2 Aplicar al grupo la relajación progresiva de Jacobson

Actividades

- a. Revisión de la tarea.
- b Explicación acerca de la utilidad de la relajación síntomas fisiológicos de la ansiedad y de la depresión ¿Qué síntomas tienen ellos?
- c Distintos tipos de relajación relajación progresiva tipo Jacobson
- d Explicación de la secuencia de músculos y el procedimiento básico
- e Aplicación a todo el grupo (evaluar la ansiedad antes y después con la escala de unidad subjetiva) Posibles problemas
- f Entrega de una cinta grabada para practicar en casa, el material de apoyo y una hoja de registro de relajación
- g Tarea aplicar la relajación diariamente y anotar en el registro diario de relajación (explicar condiciones)

SESIÓN 7 Entrenamiento en Solución de Problemas

Objetivos

- 1 Aplicar los pasos de la solución de problemas utilizando la A del modelo ABC

Actividades

- a. Revisión de la tarea.
- b Recordar el modelo ABC Nos centramos en la A
- c Los pacientes aportan los problemas más importantes a los que se enfrentan
- d Hacer tipologías en función de las áreas a las que afectan
- e Pasos de la solución de problemas

- f Ejemplificar con un caso Los pacientes aplican los pasos a un problema
- g Tarea que lo apliquen a un problema que tengan durante la semana. Darles el material de autoayuda.

SESIÓN 8 Promoción de la Salud Adhesión al Tratamiento

Objetivos

- 1 Discutir las implicaciones de la adhesión al tratamiento antirretroviral y sus posibles dificultades
- 2 Exponer estrategias para mejorar la adherencia.

Actividades

- a Revisión de la tarea
- b La importancia de seguir cuidándose
- c La adhesión al tratamiento fármacos prevención de reinfecciones y seguimiento de las visitas médicas
- d ¿Cómo valoran su adhesión?
- e ¿Qué problemas tienen para adherirse al tratamiento dificultades o causas de la no-adhesión?
- f Importancia de la adecuada adhesión ventajas e inconvenientes (efectos secundarios)
Decisión personal
- g Estrategias para mejorar la adhesión información de cómo actúan los fármacos (fragmento de video) planificar las tomas solucionar los impedimentos, anticipar las dificultades y tratamiento de los efectos secundarios

SESIÓN 9 Hábitos de Salud y Prevención de Reinfecciones

Objetivos

- 1 Exponer la importancia de los hábitos de salud y el impacto negativo de hábitos tóxicos
- 2 Discutir la importancia de la prevención de reinfecciones

Actividades

- a Hábitos de salud
- b Los hábitos tóxicos tabaco alcohol drogas Su influencia y cómo prevenirlos
- c La importancia y promoción de hábitos saludables como el ejercicio físico y una adecuada alimentación
- d Prevención de reinfecciones el uso del preservativo y no compartir jeringas en el caso de las drogas inyectadas
- e Resumen, entregar información de apoyo

SESIÓN 10 Prevención de Recaidas

Objetivos

- 1 Autoevaluar la evolución de los pacientes durante la terapia.
- 2 Aclarar dudas de problemas residuales
- 3 Exponer la importancia de continuar practicando la discusión cognitiva de los pensamientos negativos

Actividades

- a. Repaso de la evolución de los pacientes en la terapia. Analisis del grupo
- b Valoración de los pacientes acerca de su evolución
- c Repaso del contenido lo que se ha realizado durante el tratamiento
- d Atribucion de la mejora.
- e Refuerzo por parte del terapeuta.
- f Dudas o análisis de problemas residuales
- g Expectativas futuras qué va a ocurrir cuando finalice la terapia.
- h Importancia de seguir practicando las técnicas
- i ¿Qué ocurriría si reaparecieran los síntomas?
- j Disponibilidad del terapeuta.
- k Realización de pruebas

J Procedimiento

En este apartado se describe el procedimiento para la realización de la investigación.

Fase I

- 1 El interes por el tema de investigacion surge de la necesidad de aplicar una terapia para el mejoramiento de la adherencia y el estado emocional de los pacientes que se benefician del Programa de Donación de Medicamentos de la ONG Aid for Aids Panamá
- 2 Una vez seleccionado el tema se procedió a la revisión de tesis e investigaciones en la bibliotecas con el propósito de encontrar algunos lineamientos a seguir para la realización de la investigacion esto para buscar las bases para el desarrollo del anteproyecto
- 3 Seleccionado el tema se procedió a elaborar el anteproyecto de investigación con el apoyo y asesoramiento del director de la tesis Este anteproyecto contempló los lineamientos básicos necesarios para la realización de la investigación

Fase II

- 4 Al aprobarse el anteproyecto se procedió a la revisión de la bibliografía con la finalidad de elaborar el marco de referencia y a la adquisición de los Test a utilizar en este estudio
- 5 La realizacion del marco de referencia permitió el mejoramiento de algunos detalles del anteproyecto y a la vez hacer las definiciones de las variables y fundamentar las hipótesis de la investigación

- 6 El marco de referencia permitió el análisis y la selección de la Terapia a utilizar en este proyecto tomando como referencia el esquema de Terapia utilizada por el Dr Rafael Ballester Arnal de la Universidad Jaime de Castellón, España

Fase III

- 7 Para iniciar el proceso de este estudio se inició con la entrevista convencional a los posibles participantes de este estudio
- 8 Realizada la entrevista convencional se procedió a la aplicación de las pruebas para identificar a los candidatos participantes de este estudio para ambos grupos control y experimental
- 9 Una vez aplicada la pre prueba se inicia la terapia grupal de acuerdo a los temas y objetivos propuestos para cada sesión
- 10 Una vez terminadas las sesiones grupales se procedio a la aplicación del postest para el grupo experimental y al grupo control en momentos diferentes
- 11 Una vez terminada esta etapa del estudio se procedió a la tabulación de los datos y a realizar el análisis estadístico correspondiente con la ayuda del Programa Microsoft Excel y la orientación de un especialista en estadística.
- 12 Al ser analizados los datos estadísticamente se hicieron las interpretaciones tomando en cuenta los objetivos preguntas de investigación e hipótesis
- 13 Terminada la interpretación de los datos se inició con la elaboración del reporte de investigación
- 14 Por ultimo presentación de los hallazgos de la investigación

CAPÍTULO III
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se indican los resultados obtenidos con los instrumentos utilizados y la discusión referente a lo encontrado en la investigación

Se contrastan los mismos entre si y con los hallazgos de otros investigadores mencionados en el marco teórico

A Presentación de los Resultados

1 Estadísticas Descriptivas de la Muestra

En lo referente a la muestra, las estadísticas oficiales indican que desde septiembre de 1984 que se detectó el primer caso hasta diciembre de 2009 se han contabilizado 10 381 casos personas VIH positivas sin embargo se estima que esta cifra es superior debido a las características del sistema de información y al subregistro propio del sistema de vigilancia epidemiológica.

De estos 10 381 casos 4 498 personas se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral del Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social hasta diciembre de 2009

Para este estudio se consideró como parte de la muestra a 9 sujetos entre los 25 y 48 años de edad con una escolaridad mínima de hasta el noveno grado que reciben tratamiento antirretroviral y otros beneficios de la ONG Aid for Aids Panamá.

Como se aprecia en el cuadro 2 y la gráfica 1 la muestra quedó integrada por 4 mujeres y 5 hombres que respectivamente corresponde a un 44 4% y un 55 6% del total de la muestra.

Cuadro N° 2

Distribución de la Muestra segun Sexo Frecuencia y Porcentaje del Total de la Muestra

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	4	44 4%
Masculino	5	55 6%
<i>Total</i>	<i>9</i>	<i>100%</i>

Fuente Entrevista y test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Tal y como se muestra en el cuadro n° 3 del total de la muestra 5 de los sujetos 3 mujeres y 2 hombres formaron el Grupo Experimental al que se le aplicó la Terapia Cognitiva Conductual de grupo orientada al mejoramiento de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y el estado emocional depresivo y ansioso

El grupo Control estuvo integrado por 4 sujetos 1 mujer y 3 hombres este grupo no recibió intervencion terapéutica.

Cuadro N° 3

Distribución de la Muestra Grupo Experimental y Grupo Control

Sexo	Grupo Experimental	Grupo Control
Femenino	3	1
Masculino	2	3
<i>Total</i>	5	4

Fuente Entrevista y test aplicados a los pacientes de Aïd for Aïds Panamá.

1 Resultados del Cuestionario para la Evaluacion de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida (CEAT VIH) © Eduardo Remor

La adhesión al tratamiento es un asunto muy complejo del cual se depende para que se obtengan los beneficios que ofrecen la farmacoterapia de hoy dia.

Para que el tratamiento funcione el sujeto debe tener un grado de cumplimiento muy estricto el cual se sugiere sea igual o mayor al 90 a 95% de la toma del tratamiento señalado (Remor 2002)

Este cuestionario informa de manera multidimensional el grado de adherencia que tiene el sujeto que vive con el VIH/SIDA al tratamiento antirretroviral

Como requerimiento del estudio los sujetos que participaron debian estar sin adherencia óptima es decir que sus percentiles indiquen adherencia menor o igual a 90 tal y como se muestra en el cuadro n° 4 en donde el promedio del percentil de Adherencia para el grupo control es de 73 5 y del grupo experimental de 75

Cuadro N°4

Estado de la Adherencia de los sujetos en el Pretest para el Grupo Control y el Grupo Experimental

Grupo Control		Grupo Experimental	
Sujeto	Pretest	Sujeto	Pretest
1	80	1	75
2	70	2	75
3	65	3	80
4	80	4	70
		5	75

Fuente Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

a Análisis Estadístico de los Grupos Experimental y Control en la variable Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

Hipótesis estadística N° 1

$H_0 \mu_{GEA} < \mu_{GED}$

$H_1 \mu_{GED} > \mu_{GEA}$

En el cuadro n°5 y la gráfica 1 se presentan los resultados en percentil de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral para el Grupo Experimental en el pretest y el posttest y el análisis estadístico de dichos grupos

Cuadro N°5
Resultados del Pretest y Posttest para el Grupo Experimental

Grupo Experimental		
Sujeto	Pretest	Posttest
1	75	95
2	75	94
3	80	97
4	70	93
5	75	91

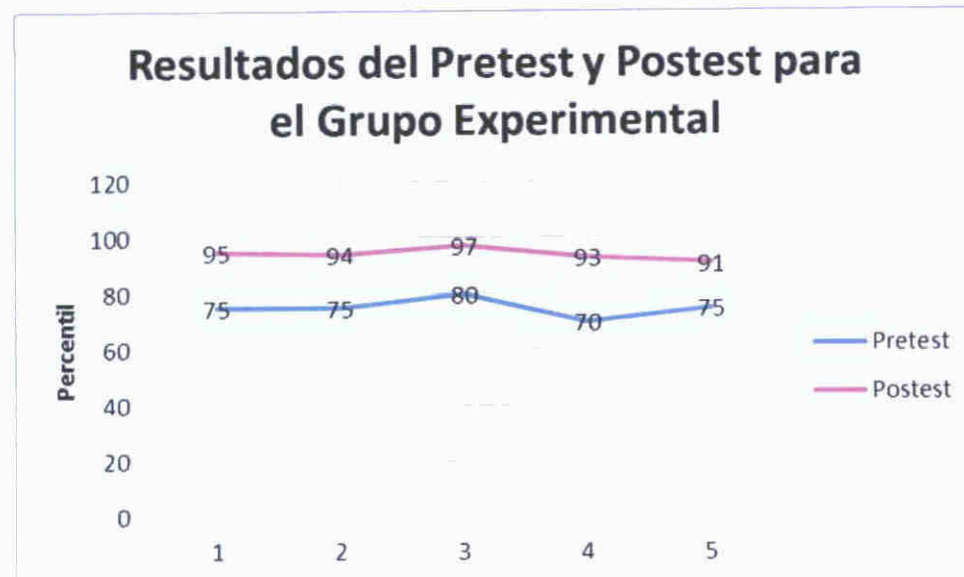
Fuente Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá

$t_{calculada} = 15,51$

$t_{de\ la\ tabla} = 2,1318$

$\alpha = 0.05$, una cola a la derecha

Gráfica N° 1



Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá

Resultado de la Prueba de Hipótesis: El análisis estadístico de comparación de medias realizado utilizando la t de student nos lleva a al rechazo de la H_0 y a la aceptación la H_1 , por lo tanto el promedio del pretest es menor al promedio del posttest del Grupo Experimental. Los sujetos aumentaron la adherencia al tratamiento antirretroviral después de la intervención Cognitiva Conductual.

En el cuadro n° 6 y la gráfica n° 2 se presentan los resultados del pretest y el postest del grupo control, donde se observa que el promedio del percentil obtenido por los sujetos para el pretest es de 73.75 y de 74 para el postest. Por lo tanto, no se observan diferencias significativas en las evaluaciones realizadas para el grupo control.

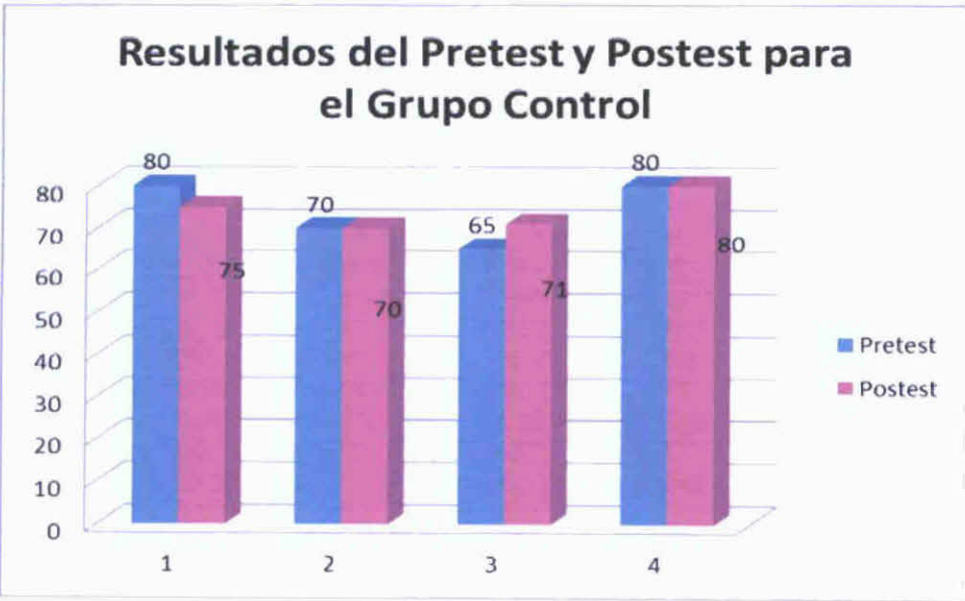
Cuadro N°6

Resultados del Pretest y Postest para el Grupo Control

Grupo Control		
Sujeto	Pretest	Postest
1	80	75
2	70	70
3	65	71
4	80	80

Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá

Gráfica N° 2



Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Hipótesis estadística N° 2

$$H_0 \mu_{GED} < \mu_{GCD}$$

$$H_1 \mu_{GED} > \mu_{GCD}$$

En el cuadro n° 7 y la gráfica n° 3 se presentan los resultados del postest para el grupo control y el grupo experimental. En mismo se puede evidenciar las diferencias obtenidas del grupo experimental después de haber recibido la intervención cognitiva –conductual con respecto al grupo control que no la recibió. El promedio obtenido por el grupo control en el postest es de 74 y el del grupo experimental es de 94.

Cuadro N°7

Resultados del Postest para el Grupo Control y el Grupo Experimental

Grupo Control		Grupo Experimental	
Sujeto	Postest	Sujeto	Postest
1	75	1	95
2	70	2	94
3	71	3	97
4	80	4	93
		5	91

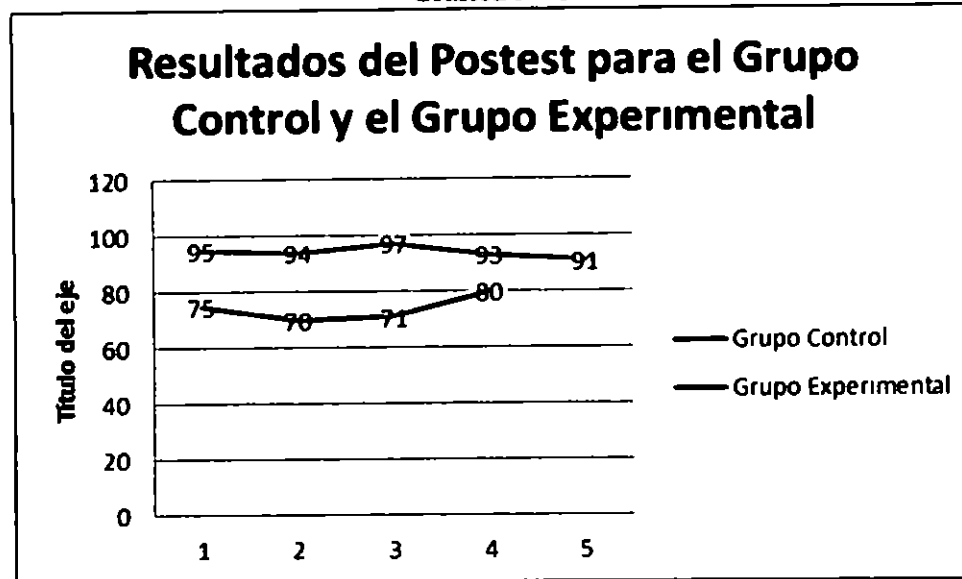
Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aids for Aids Panamá.

$$t_{calculada} = 8.71$$

$$t_{de\ la\ tabla} = 1.8946$$

$$\alpha = 0.05 \text{ una cola a la derecha}$$

Gráfica N° 3



Fuente Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá

Resultado de la Prueba de Hipótesis Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 por lo tanto el promedio obtenido en el Cuestionario de adherencia al tratamiento antirretroviral por el grupo control en el postest es menor que el porcentaje obtenido en el postest por el grupo experimental Es decir después de la intervención Cognitiva Conductual los sujetos refinieron en el CEAT – VIH que aumentó la adherencia al tratamiento antirretroviral

2 Resultados del Inventario Clínico Multiaxial MMCI III, para la medición de Estado Emocional

Para la medición del estado emocional ansioso y depresivo de los participantes en el MMCI se utiliza como referencia el puntaje PREV entre 60 y 74 muestra rasgos importantes del síndrome 75 indica la presencia del trastorno de Ansiedad y Distímico y de 85 y más indica su prominencia.

Los resultados obtenidos por los sujetos en este inventario el informe verbal del paciente la impresión recogida durante las entrevistas previas al estudio dieron el diagnóstico de Estado Emocional Ansioso y Depresivo de los participantes en este estudio

a. Análisis Estadístico de los Grupos Experimental y Control para la variable Estado Emocional Ansioso y Depresivo

Variable Estado Emocional

Ansiedad

Hipótesis estadística N° 3

$H_0 \mu_{GEA} > \mu_{GED}$

$H_1 \mu_{GEA} < \mu_{GED}$

El cuadro n°8 y la gráfica n° 4 muestran los resultados del grupo experimental para la ansiedad, observandose una leve disminución de la ansiedad para el posttest

Cuadro N 8

Resultados del Pretest y el Posttest del Estado Emocional Ansiedad

Grupo Experimental		
Ansiedad		
Sujeto	Pretest	Posttest
1	77	74
2	75	88
3	73	58
4	65	68
5	77	17

Fuente Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá

$t_{calculada} = 0,97$
 $t_{de\ la\ tabla} = 2,1318$
 $\alpha = 0.05$, una cola a la izquierda

Gráfica N° 4



Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Resultado de la Prueba de Hipótesis: Se acepta la H_0 debido a que la t calculada es de 0,97 la cual es menor que la t crítica 2,1318; lo que indica que aunque el promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon en el pretest 73.4 del tratamiento es mayor que el promedio obtenido en el posttest 61 después del tratamiento para el grupo Experimental; los resultados son estadísticamente significativos para aceptar H_0 y rechazar H_1 .

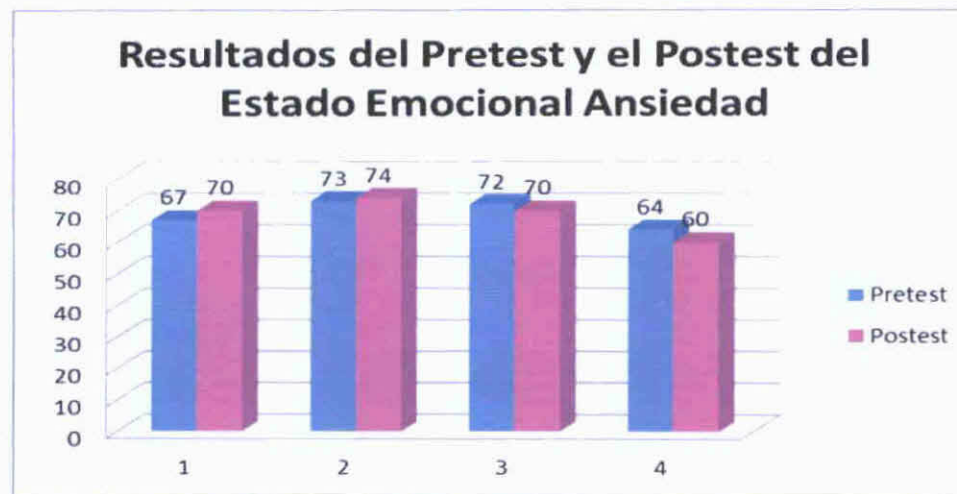
En el cuadro n° 9 y en la gráfica n°5 se presentan los resultados obtenidos por el grupo control; este grupo obtuvo en el pretest un promedio de 69 y un promedio en el posttest de 68.5 para el estado emocional ansiedad; estos resultados no muestran diferencias significativas en las mediciones realizadas a este grupo.

Cuadro N° 9
Resultados del Pretest y el Postest del Estado Emocional Ansiedad

Grupo Control		
Ansiedad		
Sujeto	Pretest	Postest
1	67	70
2	73	74
3	72	70
4	64	60

Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Gráfica N° 5



Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Hipótesis estadística N° 4

$H_0: \mu_{GED} > \mu_{GCD}$

$H_1: \mu_{GED} < \mu_{GCD}$

En el cuadro n° 10 y la gráfica n° 6 se muestran los resultados obtenidos por los grupos experimental y control en el posttest para el estado emocional ansiedad. Estos grupos muestran los promedios 61 para el grupo experimental y 68.5 para el grupo control.

Cuadro N° 10

Resultados del Estado Emocional Ansiedad para el Grupo Experimental y Control

Grupo Experimental		Grupo Control	
Ansiedad		Ansiedad	
Sujeto	Postest	Sujeto	Postest
1	74	1	70
2	88	2	74
3	58	3	70
4	68	4	60
5	17		

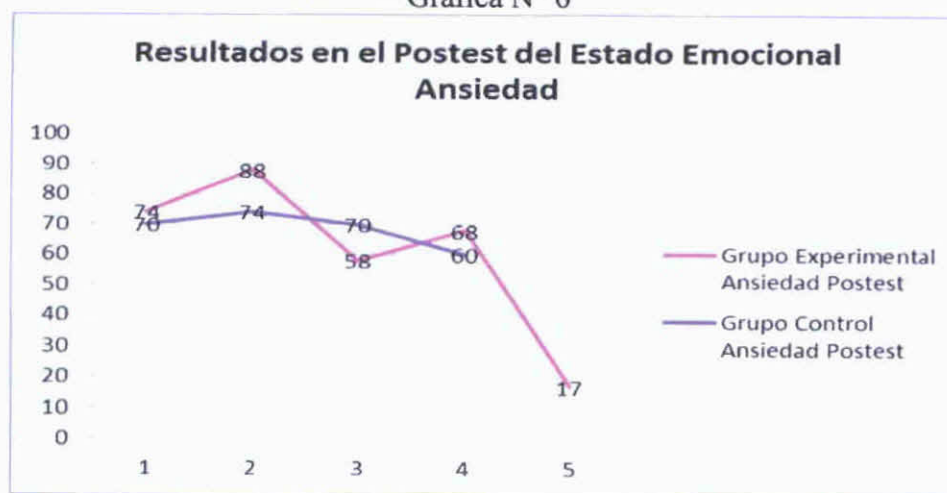
Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

$$t_{calculada} = 0,54$$

$$t_{de\ la\ tabla} = 1,8946$$

$$\alpha = 0.05, \text{ una cola a la izquierda}$$

Gráfica N° 6



Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Resultado de la Prueba de Hipótesis Se acepta la H_0 debido a que la t calculada es de 0.54 la cual es menor que la t crítica 1.8946 lo que indica que aunque el promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon por el grupo control en el postest 68.5 es mayor que el promedio obtenido en el postest 61 por el grupo experimental los resultados son estadísticamente significativos para aceptar H_0 y rechazar H_1

Variable Estado Emocional
Depresión

Hipotesis estadística N° 5

$H_0: \mu_{GEA} > \mu_{GED}$

$H_1: \mu_{GEA} < \mu_{GED}$

El cuadro n° 11 y la gráfica n° 7 exponen los resultados obtenidos en el pretest y el postest del grupo experimental en ellos se puede observar una disminución de los síntomas después de haber recibido la intervención cognitiva – conductual

Cuadro N° 11

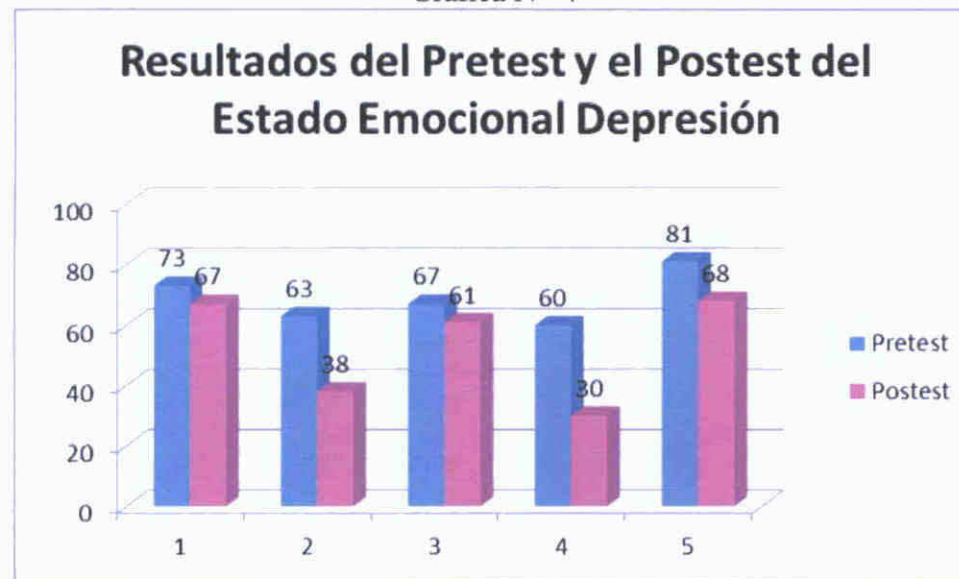
Resultados del Pretest y el Postest del Estado Emocional Depresión

Grupo Experimental		
Depresión		
Sujeto	Pretest	Postest
1	73	67
2	63	38
3	67	61
4	60	30
5	81	68

Fuente Test aplicados a los pacientes de Aids for Aids Panamá

$t_{calculada} = 2,7$
 $t_{de\ la\ tabla} = 2,1318$
 $\alpha = 0.05$, una cola a la izquierda

Gráfica N° 7



Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Resultado de la Prueba de Hipótesis: Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 , por lo que la puntuación promedio del pretest 68.8 es mayor a la puntuación promedio del posttest 52.8 del grupo experimental. Esto indica una disminución de los síntomas depresivos después de haber recibido el tratamiento.

A continuación se exponen en el cuadro n°12 y la gráfica n° 8 los resultados obtenidos por el grupo control; este grupo obtuvo en el pretest un promedio de 69 y un promedio en el posttest de 70.25 para el estado emocional depresión; estos resultados no muestran

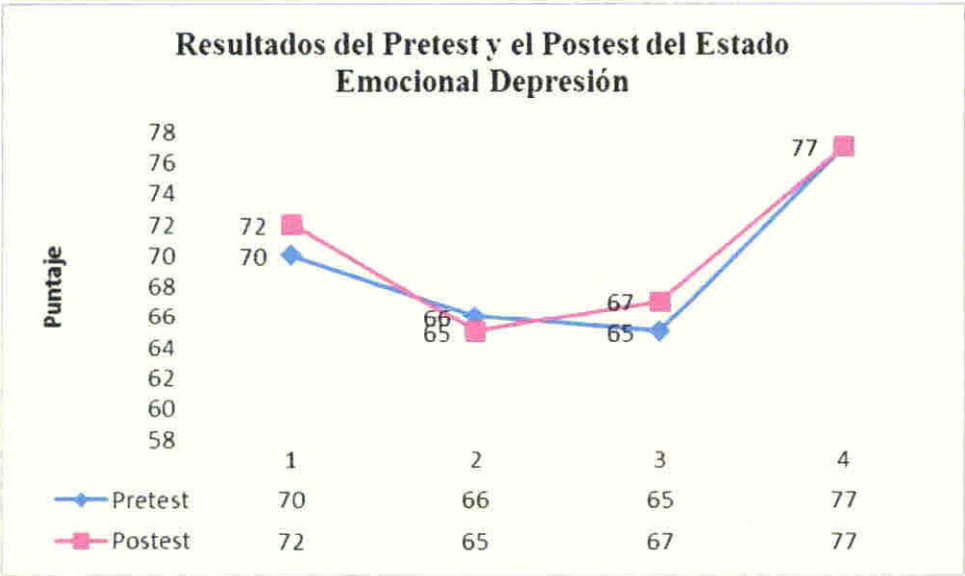
diferencias significativas en las mediciones realizadas a este grupo. Po lo tanto, no hubo diferencias significativas en los síntomas depresivos de los participantes de este grupo.

Cuadro N° 12
Resultados del Pretest y el Postest del Estado Emocional Depresión

Grupo Control		
Depresión		
Sujeto	Pretest	Postest
1	70	72
2	66	65
3	65	67
4	77	77

Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Gráfica N° 8



Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Hipótesis estadística N° 6

$H_0 \mu_{GED} > \mu_{GCD}$

$H_1 \mu_{GED} < \mu_{GCD}$

En el cuadro n° 13 y la gráfica n 9 se exponen los resultados del posttest obtenidos por el grupo experimental y control En el mismo se pueden observar las diferencias en los puntajes obtenidos para cada grupo disminuyendo los síntomas depresivos en el grupo experimental

Cuadro N 13

Resultados Para el Posttest del Grupo Control y Experimental para El Estado Emocional

Depresión

Grupo Experimental		Grupo Control	
Depresión		Depresión	
Sujeto	Postest	Sujeto	Postest
1	67	1	72
2	38	2	65
3	61	3	67
4	30	4	77
5	68		

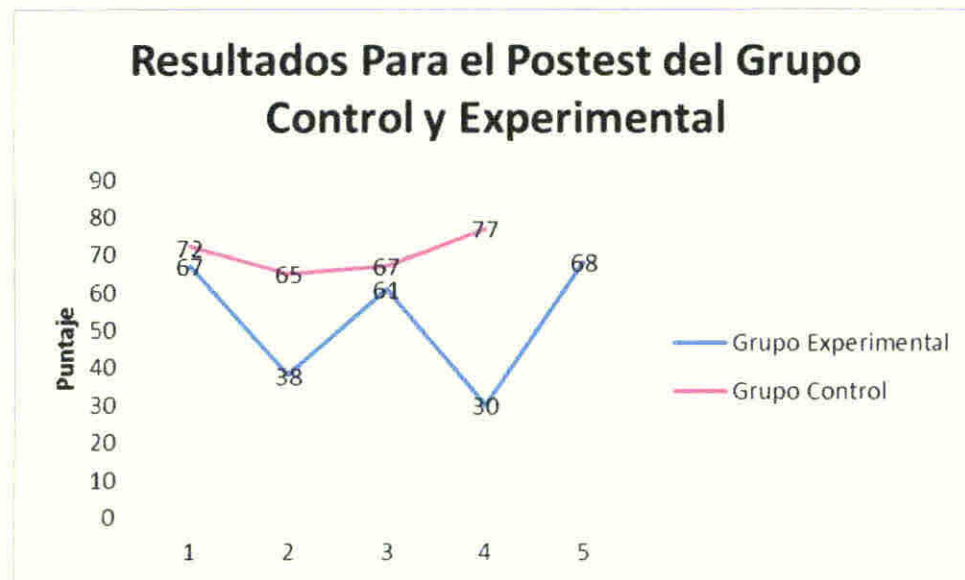
Fuente Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

$t_{calculada} = 1.9$

$t_{de\ la\ tabla} = 1.8946$

$\alpha = 0.05$ una cola a la izquierda

Gráfica N° 9



Fuente: Test aplicados a los pacientes de Aid for Aids Panamá.

Resultado de la Prueba de Hipótesis: Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 , por lo que el promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Depresión del Inventario Clínico Multiaxial de Millon por el grupo control en el posttest es mayor que el porcentaje obtenido en el posttest por el grupo experimental. Es decir, los síntomas depresivos disminuyeron después de haber recibido el tratamiento.

Las enfermedades crónicas son aquellas patologías de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse o simplemente no ocurrirá; como es el caso de la infección por VIH/SIDA.

Estas situaciones crónicas como el VIH/SIDA, pueden forzar al individuo a realizar cambios importantes de estilo de vida los cuales son potencialmente estresantes, como

dejar de realizar actividades de las que disfrute adaptarse a las limitaciones que trae consigo la enfermedad la asistencia seguida a las instituciones de salud el pago de medicaciones el ceñirse a un tratamiento estricto de por vida incluso hasta el diario vivir puede volverse difícil para estas personas y sobre todo si la enfermedad trae también la estigmatización y discriminación con las que tiene que lidiar a diario

Los pacientes que viven con el VIH tienen que afrontar diariamente estresores de tipo psicológicos fisiológicos socioculturales y económicos los cuales atentan con deteriorar potencialmente su salud física y mental (Carrobbles Remor y Rodríguez – Alzamora 2002)

Parece ser que las estrategias de afrontamiento juegan un papel importante en la infección por VIH/SIDA por lo que es necesario conocer los recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación de vivir con VIH y Sida.

Para esta enfermedad crónica no existe cura, pero existen tratamientos que ayudan a los pacientes a tener una mejor calidad de vida y disminuir la cantidad de virus en la sangre Para conseguir este beneficio es necesario que el paciente sea estricto en el seguimiento de su tratamiento de lo contrario contribuirá a la resistencia y mutación del virus al tratamiento

El grupo experimental y el grupo control estuvo compuesto por 5 hombres y cuatro mujeres confirmando la tendencia de las estadísticas del Ministerio de Salud (2010) que

indican que la proporción de mujeres afectadas cada vez es mayor con tendencia a equipararse con el número de varones afectados

La adherencia al tratamiento antirretroviral es uno de los aspectos más importantes en la atención de salud en los pacientes de VIH/SIDA pero para poder adquirir su beneficio es necesario un cumplimiento muy estricto en las tomas de los medicamentos. El cumplimiento estricto según la literatura especializada hace referencia entre el 90 y 95% del tratamiento ordenado (OMS Adherencia a los tratamientos a largo plazo/pruebas para la acción 2004)

Las tomas inadecuadas del tratamiento pueden llevar a la mutación del VIH creando una resistencia al tratamiento (hacer el virus más fuerte) lo que lo haría ineficaz en el control de virus en la sangre (Remor 2002)

Aid for Aids en nuestro país brinda con su programa Acceso Universal a Tratamiento la oportunidad a aquellos pacientes que han hecho resistencia al esquema de tratamiento que ofrece el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de obtener nuevas alternativas terapéuticas a fin de que la persona tenga una opción para hacer frente a su situación de salud, mejorando así la calidad de vida de las personas que lo necesitan

Siendo la adhesión al tratamiento un asunto muy complejo del cual se depende para que se obtengan los beneficios que ofrece la farmacoterapia, tomamos en consideración las resistencias a los esquemas de tratamiento que ofrece el estado panameño que han tenido los participantes de este estudio el pretest para los grupos control y experimental nos indica

la no existencia de adherencia óptima para estas personas. Estos resultados coinciden en cierto grado con los de Remor (2002) que encontró que el porcentaje de dosis de medicamentos tomadas con respecto a la prescrita oscilaría entre el 50 y el 75 % y que sólo el 30 % se tomarían con la frecuencia y dosis necesarias.

Esta situación es preocupante con respecto a lo que señalan algunos autores como (Remor 2002) que sugieren que para que el tratamiento funcione el sujeto debe tener un grado de cumplimiento muy estricto el cual se sugiere sea igual o mayor al 90 a 95% de la toma del tratamiento.

Es importante educar a la población de la importancia de la adherencia en el aspecto de mejoras de salud y calidad de vida para el paciente y concientizar acerca de las menoscabas y el detrimento que genera en el avance de la enfermedad, así como en las pérdidas económicas.

Para esta labor de cambio de conducta, es importante que se tome en consideración la labor del Psicólogo como lo plantea (Ritchie 2004) de la Organización Mundial de la Salud el cual expone que los psicólogos poseen un adiestramiento único y especializado en el comportamiento adiestrados como científicos y prestadores quienes aportan una perspectiva basada en datos fidedignos al problema de la no adherencia. En la investigación y la práctica, los psicólogos han desarrollado enfoques precisos y efectivos para ayudar a los pacientes a enfrentar las exigencias impuestas por la enfermedad crónica que con frecuencia, contribuyen a la no adherencia. Los psicólogos también poseen pericia para la comunicación interpersonal y han contribuido al conocimiento en cuanto a la importancia

de la buena comunicación entre los prestadores de servicios de salud y los pacientes para promover la adherencia

Este autor pone de manifiesto la importancia del papel del psicólogo como profesional de la salud en la labor de desarrollar en los pacientes la adherencia. La cual es definida desde diversos puntos de vista socio – cognitivos de la siguiente manera la adhesión al tratamiento se explica como el resultado de una decisión racional que el paciente toma y que dependerá de sus creencias sobre las creencias de no tomar la medicación, su vulnerabilidad a dichas consecuencias o la relación coste beneficio que supone seguir el tratamiento (Rosenstock, 1974 Bandura, 1977 Ajzen y Fishbein, 1980) citados en Remor 2001)

Es importante resaltar que en esta investigación el instrumento utilizado para la medición de la Adherencia al Tratamiento se centra en su mayor parte en preguntas relacionadas estrictamente con la toma de la medicación y otro de los aspectos que considera es la relación con el personal de salud específicamente el médico tratante que inicio el tratamiento

En esta investigación se utilizó como referencia el programa de intervención psicológica utilizado por Ballester Arnal (2003) el cual es un programa de intervención grupal cognitivo-conductual estructurado en ocho sesiones y que fue modificado para una duracion de 10 sesiones

Este programa para mejorar la adherencia, incluye tratamiento para mejorar aspectos emocionales como la ansiedad y la depresión que pudieran estar interfiriendo con la

adherencia, tal y como lo sugieren algunos estudios (Molassiotis Nahas Chung Lam Li Lau, 2002 Spire Duran Souville Leport, Raffi y Moattu 2002 Sternhell y Corr 2002 Remor 2002 Mellins Havens McCaskill Leu, Brudney y Chesney 2002 Halkitis Parsons Wolitski y Remien, 2003 Penedo González, Dahn, Antoni Malow Costa y Schneiderman 2003 Carrieri et al 2003) citados por (Ballester Arnal 2003) que concluyen que la existencia de problemas emocionales es un factor de riesgo por si solo para una baja adhesión terapéutica y que por lo tanto debe ser una prioridad de los clínicos su detección y tratamiento

Con la aplicación de la terapia cognitiva – conductual encontramos los datos indican que la adherencia incrementa de forma significativa, aumentando los conocimientos acerca de su situación de salud y sobre la forma adecuada de llevar el tratamiento lo que puede facilitar el afrontamiento al VIH Por otro lado se encontró que el estado emocional de los pacientes mejoró la depresión tuvo una baja significativamente mientras que para la ansiedad a pesar de que se observan cambios en las evaluaciones las mismas no fueron indicadoras de cambios importantes en este estado Estos hallazgos coinciden parcialmente con los de Ballester Arnal (2003) quien encontró mejoramiento significativo de la adherencia y del estado emocional de los pacientes que recibieron el tratamiento

Con esta investigación queremos dar los primeros pasos sobre la importancia de intervención psicológica en los cambios de comportamiento el mejoramiento del estado emocional y las formas de afrontamiento que influyen en el mejoramiento de la adherencia como cambio de comportamiento importante para hacer frente a las enfermedades crónicas

B Razones para la limitación grupal y no individual

Debido a que las personas que viven con VIH se enfrentan no solo a la desestabilización emocional que provoca el padecimiento de una enfermedad crónica sino también, deben encarar diariamente los efectos del estigma y la discriminación causado por el impacto social asociado a los valores imágenes y prejuicios que trae consigo esta enfermedad, los cuales son difíciles de lidiar. Los participantes de este estudio condicionaron su participación bajo el compromiso de la no divulgación de sus historias por las siguientes razones

- 1 El derecho a la confidencialidad del diagnóstico establecido en el artículo 21 de la Ley N° 3 del 2000 que reglamenta aspectos referentes al VIH en nuestro país
- 2 Por los efectos que causa la discriminación y la estigmatización en la vida familiar laboral y social de la persona que viven con VIH
 - a. En la vida familiar hace referencia al abandono familiar al que se exponen muchos de los pacientes al momento de enterarse del diagnóstico
 - b En el ámbito laboral la gran mayoría de los pacientes VIH positivo de nuestro país no revelan su status serológico por el temor a perder su trabajo y por los efectos negativos a los que son expuestos al revelar su diagnóstico. Es importante destacar que este riesgo aumenta cuando las trabajadoras son mujeres y cuando los niveles educativos de los trabajadores son menores haciéndose mayormente vulnerables a la violación de los derechos

- c Los derechos sociales de las personas que viven con VIH a menudo son vulnerados puesto que son abandonados por sus círculos sociales
- 3 Al ser sus historias muy particulares y al haber reservado para si solos el diagnóstico algunos de los pacientes consideran que podrían ser identificados por la narracion de las mismas

C Descripción del Grupo

El grupo estuvo integrado por 9 sujetos, de los cuales 5 eran del sexo masculino 4 identificados como homosexuales, 1 como bisexual y 3 del sexo femenino La media de edad de este grupo fue de 37 años de edad, siendo la edad minima de 25 años y la máxima de 48 años De estos sujetos (11 1 %) 1 era casado (11 1 %) 1 unido (11 1 %) 1 divorciado y (66 6%) 6 eran solteros Respecto al nivel de estudios (33 3%) 3 tenia bachiller (22,2) 2 niveles universitarios incompletos, (33,3%) 3 eran licenciados y (11 1%) 1 era médico especialista.

El tiempo promedio de fecha de diagnóstico de VIH es de 7 años La via de transmision para los 9 pacientes habia sido sexual 4 a través de relaciones heterosexuales y 5 a través de relaciones homosexuales

Es importante destacar que todos estos pacientes se encontraban recibiendo distintos esquemas de TARV al momento de la investigación y que han presentado resistencias a algun tipo de esquema de terapia antirretroviral

Los resultados expuestos por el CEAT VIH y el MMCI III arrojaron como requisito de participación al estudio adherencia no estricta y estado emocional Ansioso y Depresivo

Sin embargo el inventario Clínico Multiaxial de Millon nos permitió hacer hallazgos importantes del grupo en el Eje II como

3 de los 4 varones identificados como homosexuales, puntuaron >75 en patrones clínicos de personalidad narcisista, 3 de las 4 mujeres puntuaron > 75 en patrones clínicos de personalidad histriónica, 1 de las 4 mujeres puntuo 95 en patrones clínicos de personalidad antisocial

Además de lo expuesto anteriormente para el Eje I se obtuvo que 1 de las 4 mujeres puntuo 75 en síndromes clínicos graves de trastorno delirante

Cabe destacar que la mayoría de los participantes de este estudio presentan problemas importantes en la esfera social y familiar por las constantes acciones de estigmatización y discriminatorias a las que se ven expuestos por su preferencia sexual y por el diagnóstico VIH positivo es por esto que la mayoría de ellos prefieren reservar su diagnóstico ante familiares y amigos

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En este apartado se expondrán las conclusiones y recomendaciones extraídas al realizar esta investigación

A Conclusiones

El presente estudio nos ha permitido un mejor conocimiento acerca de la adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional que experimentan los pacientes VIH positivo de Aid for Aid Panamá.

El análisis de los datos obtenidos nos proporciona suficiente evidencia para aceptar las siguientes hipótesis de investigación planteadas

Hipotesis de Investigación nº 1

El promedio obtenido en el Cuestionario de adherencia al tratamiento antirretroviral antes del tratamiento sera menor que el promedio obtenido despues del tratamiento en el grupo experimental"

Hipotesis de Investigación nº 2

El promedio obtenido en el Cuestionario de adherencia al tratamiento antirretroviral por el grupo control en el posttest será menor que el promedio obtenido en el posttest por el grupo experimental"

Hipótesis de Investigacion nº 5

El promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Depresion del Inventario Clinico Multiaxial de Millon antes del tratamiento sera mayor que el promedio obtenido despues del tratamiento en el grupo experimental

El promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Depresion del Inventario Clinico Multiaxial de Millon por el grupo control en el postest es mayor que el promedio obtenido en el postest por el grupo experimental

Los hallazgos encontrados en esta investigación nos llevan a aceptar las siguientes Ho

Se acepta la Ho debido a que aunque el promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Ansiedad del Inventario Clinico Multiaxial de Millon en el pretest 73.4 del tratamiento es mayor que el promedio obtenido en el postest 61 después del tratamiento para el grupo Experimental los resultados son estadísticamente significativos para aceptar Ho y rechazar H₁

Se acepta la Ho debido a que aunque el promedio de los puntajes obtenidos en la Escala Ansiedad del Inventario Clinico Multiaxial de Millon por el grupo control en el postest 68.5 es mayor que el promedio obtenido en el postest 61 por el grupo experimental los resultados son estadísticamente significativos para aceptar Ho y rechazar H₁

De acuerdo a las hipótesis de investigación y nulas aceptadas se realizan las siguientes conclusiones

- a La Adherencia óptima o estricta al Tratamiento Antirretroviral hace referencia a la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del Tratamiento Antirretroviral que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral en donde el cumplimiento del mismo sea $\geq 90 - 95\%$ (Adherencia a los

Tratamientos a Largo Plazo OMS 2004) para que pueda ser considerada como óptima. Después de haber aplicado la intervención terapéutica encontramos que el grupo experimental elevó significativamente el cumplimiento al tratamiento en el posttest al promedio de 94 mientras que el grupo control evidenció menor adherencia con un promedio de 74 en el posttest lo que nos puede indicar la eficacia de la intervención terapéutica ante este comportamiento

- b El 100% de los sujetos del grupo experimental aumentaron su adherencia a adherencia óptima (\geq a 90 95%) mientras que el 100% del grupo control se mantuvo por debajo de la adherencia óptima evidenciado la efectividad de la intervención realizada al grupo experimental
- c El componente emocional tiene una gran importancia en el éxito que pueda tener el tratamiento que se utilice en los pacientes con VIH tenemos elementos que nos permiten expresar que si no se le da la atención psicológica pertinente las probabilidades de que el paciente pueda extender con una aceptable calidad su promedio de vida son reducidas

Para la medición del estado emocional ansioso y depresivo de los participantes en el MMCI se utilizó como referencia el puntaje PREV entre 60 y 74 muestra rasgos importantes del síndrome 75 indica la presencia del síndrome y de 85 y más indica su prominencia.

En el estado emocional ansioso podemos observar que el promedio obtenido por el grupo experimental en el posttest es menor (61) que el obtenido por el grupo control en el posttest (68.5) en este aspecto es

importante destacar que aunque se observa disminución de los síntomas ansiosos después de haber recibido la intervención psicoterapéutica, los mismos no son estadísticamente significativos

Los resultados para el estado emocional depresivo mostraron una disminución de los síntomas significativa, donde se pudo apreciar que después de la intervención terapéutica los síntomas disminuyeron a un promedio de (52.8) para el grupo experimental mientras que el grupo control en el posttest obtuvo un promedio de (70.25)

- d Reconociendo las limitantes que conlleva estudiar la adherencia al tratamiento y los estados emocionales ansiosos y depresivos se puede decir que los pacientes que recibieron la intervención cognitiva – conductual mejoraron la adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional depresivo. Aunque los resultados arrojaron que se disminuyeron los síntomas de ansiedad al comparar las medias los resultados no fueron estadísticamente representativos
- e Se considera que las variables tratadas deben seguir siendo trabajadas para mejorar la capacidad de adaptación del paciente a vivir con esta enfermedad y que la adherencia al tratamiento antirretroviral debe ser un objetivo de tratamiento psicológico estricto para los psicólogos que tratan a estas personas con la finalidad de alcanzar mayores índices de adherencia en los pacientes
- h Los resultados encontrados del análisis de los datos así como también la amplia literatura citada pueden utilizarse de base para la realización de

programas que contribuyan a que los pacientes cumplan con las indicaciones del equipo de salud que lo atiende proporcionándole técnicas para disminuir la ansiedad y la depresión que produce el estar sometido a una enfermedad crónica y a un regimen medicamentoso

- 1 Los resultados de este estudio no pueden ser generalizados a la población debido a que el mismo se realizó en una muestra muy pequeña.

Se considera que los objetivos planteados para esta investigación fueron alcanzados

RECOMENDACIONES

Finalizada la investigación se proponen las siguientes recomendaciones

- a. Tener en consideración la importancia del psicólogo como profesional de la salud mental en el quipo multidisciplinario para la intervención comportamental motivacional de autocuidado de la enfermedad y de los efectos colaterales del tratamiento para que los pacientes se puedan beneficiar de la ayuda en cambios de pensamiento comportamiento y soporte emocional que ofrece esta ciencia.
- b Se deben realizar programas de intervención que ayuden a los pacientes a mejorar su estado emocional físico y por ende su calidad de vida.
- c Hacer énfasis en la importancia de la educación al paciente acerca de la adherencia y del uso adecuado del medicamento
- d Establecer estrategias de intervención que potencien la adherencia estricta en los pacientes
- e Educar a la población general acerca de la infección por el VIH
- f Concienciar a los pacientes acerca de las consecuencias de la no adherencia a todos los niveles fisiológicos económicos entre otros
- g Potenciar la actitud de respeto tolerancia y aceptación del paciente de VIH dejando de lado el estigma y la discriminación
- h Reforzar a través de actividades formativas el compromiso de los psicólogos en el servicio profesional hacia el tratamiento de las enfermedades crónicas

- 1 **Incitar hacia la realización de investigaciones acerca de la adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional de manera que se aporte a ampliar el conocimiento acerca de estas variables**

REFERENCIAS

REFERENCIAS

Bibliográficas

ASAMBLEA LEGISLATIVA Ley N° 3 general sobre infecciones de transmisión sexual el VIH/SIDA Gaceta oficial 7 de enero de 2000

BALLESTER A Rafael Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA Universidad de Castellón España. 2003

BANCO INTERNACIONAL de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial 2006 Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América Panamá Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia.

BUELA-CASAL G Psicología Preventiva Gualberto Buela Casal Luis Fernández Rios y Tomás Carrasco Giménez Ediciones Pirámide Madrid España.1997

CABALLO E Vicente Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos Trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos Siglo veintiuno editores España. 1997

CARMICHAEL Cynthia. HIV/AIDS Primary Care Handbook/Cynthia Carmichael J Kevin Carmichael Margaret Fiscal --Apleton & Lauge --Norwalk Connecticut --1995

CASTILLO José L El sida una realidad en Panamá. --8 edición 2001

CCC para la prevención y tratamiento de las ITS en comunidades y clínicas

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA Proyecciones de población 1990 2025 Boletín de Estadísticas Panameñas

CUEVAS GALVEZ Segundo El VIH/SIDA en Panamá. --COPACSIDA --Estafeta Universitaria. Panamá. --1996

DE VITA Vicent Hellman Samuel ROSENBERG Steven Sida Etiología, Diagnóstico Tratamiento y Prevención 2ª edición 1990

ELLIS Albert GRIEGER, Russel Manual de Terapia Racional – Emotiva 9ª edición 2003

FENNER, Frank J WHITE David Virología Médica. La prensa media Mexicana. 1973

FLORES E Borda, M y Pérez, MA SIDA y exclusión social Alteraciones emocionales Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.2006

FLORES S Enrique Estrategias de Afrontamiento en varones con SIDA con antecedentes de politoxicomania y en situación de exclusion social/Enrique Flores Sarauza, Mercedes Borda, Maria Angeles Perez San Gregorio 2006 Granada España. International Journal of Clinical and Health Psychology

GARAU Jaime Dígame doctor El sida / Joaquin Martinez Defensora Internacional Barcelona España. 1990

GATELL Joseph M CLOTEL Buenaventura, RODZANCZER P Daniel MIRÓ M Joseph y Mallolas M Joseph Guía Práctica del Sida Diagnóstico y Tratamiento --Masson S A --5 edición España. 681 Págs

GUANTI L , Michelle Politicas publicas y derechos humanos sobre el VIH y SIDA en Panamá Revista panameña de politica. 2010

GUERRA Luis La adherencia a los antirretrovirales una tarea de todos/Luis Guerra, Francisco Parras Secretaria de Plan Nacional sobre el SIDA Madrid – España.2000

HARRISON Principios de Medicina Interna. 16 edicion --Mc Graw Hill Impreso en Chile 2006

HEMAN, A y Oblitas L Terapia cognitivo conductual La contribución Iberoamericana Bogotá PSICOM 2005

HERNANDEZ SAMPIERI Roberto Metodología de la Investigación Científica. Roberto Hernández Sampieri Carlos Fernández Collado Pilar Baptista Lucio – 3 edición -- México Mc Graw Hill 2003 -- 706 páginas

HOSPITAL SANTO TOMAS Departamento de Psicología Clínica. Protocolo de atención a personas con VIH/SIDA 2000

INICIATIVA Regional de Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe
Modelo de costeo de Tratamiento del Sida. Manual del escenario Julio 2004 Jonathan Wilverding Gilbert Kombe Owen Smith, Alison Comfort University Research Co LLC

INSTITUTO NACIONAL de Salud Pública. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA Manual SIDA Aspectos de Salud Pública. México 2006

JURADO H Margarita. Manual práctico para la presentación de trabajos de graduación, monografías e informes / Margarita Jurado H Lidia Pérez de Salazar Bexie Rodríguez de De León -- 2 edición -- Panamá Editorial Universitaria, 1998 143 páginas

MARTINEZ Hilda. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS 2010/ Carlos Solórzano Panamá. 2010

MINISTERIO DE SALUD Decreto ejecutivo 119 que reglamenta la ley 3 de 2000 general sobre infecciones de transmisión sexual el VIH/SIDA Gaceta oficial 6 de junio de 2001

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud Pública. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Guía de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH/SIDA Panamá.2002

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud Pública Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico en VIH/SIDA Panamá 2002

MINISTERIO DE SALUD Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA Organización Panamericana de la Salud EPIRED para América Latina y el Caribe Informe de consenso sobre la situación del sistema de vigilancia del VIH en Panamá Recomendaciones y Prioridades de Vigilancia. Panamá. 2001

MINISTERIO DE SALUD Plan Estratégico Multisectorial de ITS/VIH/SIDA 2003
2007 Ministerio de Salud Dirección General de Salud Pública. Programa
Nacional de ITS/VIH/SIDA Panamá.

MINISTERIO DE SALUD PLAN ESTRATÉGICO Multisectorial de ITS/VIH/SIDA
2007 2010 Ministerio de Salud Dirección General de Salud Pública. Programa
Nacional de ITS/VIH/SIDA Panamá.

MINISTERIO DE SALUD Plan Estratégico Multisectorial de ITS/VIH/SIDA 2009-
2014 Ministerio de Salud Dirección General de Salud Pública. Programa
Nacional de ITS/VIH/SIDA Panamá

MINISTERIO DE SALUD Programa de Control de ETS y SIDA Guia Nacional
de Consejería en ETS y VIH/SIDA Lima--Peru 1998

MINISTERIO DE SALUD Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Normas para la
Atención Integral a las Personas con VIH Panamá.2006

MORALES C Francisco Introducción a la Psicología de la Salud/Francisco Morales
Calatayud Editorial Paidós--1ra edición. Impreso en Argentina.1999 250 Págs

OBLITAS, Luis A Psicología de la Salud y enfermedades crónicas PSICOMeditores
Formato electrónico 2006

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Adherencia a los tratamientos a
largo plazo/pruebas para la acción 2004

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de la Salud Programa de Organización y
Gestión de Sistemas y Servicios de Salud Perfil del Sistema de Servicios de
Salud de Panamá. 2 edición Junio de 2001

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS contra el VIH/SIDA
(ONUSIDA) Actualización técnica del ONUSIDA 1999 Enfermedades
oportunistas relacionadas con el VIH

REMOR, Eduardo Manual de Utilización del Cuestionario para la Evaluación de la
Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT VIH) en personas con
infección por VIH/SIDA Madrid, España. 2002

RODRÍGUEZ, Jesus M Psicología Social de la Salud -- España Síntesis 1995 --207 páginas

SLAIKEU Kart A Intervención en Crisis/ Manual para la práctica e investigación / Kart Slaikeu traducción de Marcela Mejía Chávez Segunda Edición— Manual Moderno México 2005 575 páginas

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH La relación entre la salud física y la salud mental Trastornos concurrentes World Mental Health Day October 10 2004

Revistas Electrónicas

CARROBLES A Afrontamiento Apoyo Social Percibido y Distrés Emocional en pacientes con infección por VIH/ José Antonio Carrobles Eduardo Remor y Larissa Rodriguez Alzamora. Universidad Autónoma de Madrid España. 2003 [http //www psicothema.com/psicothema.asp?id=1082](http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1082)

FLORÉZ A Luis Psicología de la Salud/Luis Florez Alarcón Salud y Comportamiento --Unidad de Investigaciones Departamento de Psicología. – Universidad Católica Nacional de Colombia. [http //www alapsa.org/detalle/04/2_saludycomportamiento htm](http://www.alapsa.org/detalle/04/2_saludycomportamiento.htm)

IRAURGI C Ioseba Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos 2002 [http //www psiquiatria com/articulos/adicciones/drogas/general/9004/](http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/general/9004/)

KLÍNGER H Julio C Psiconeuroinmunología. Laboratorio de Investigaciones Inmunológicas e Infecciosas / Julio Klinger Julián Herrera, María Díaz, Andrés Jhann, Gloria ávila y Clara Tobar --Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cauca Popayán--Colombia. [http //www inmunoweb unicauca.edu co/psiconeuroinmunologia.htm](http://www.inmunoweb.unicauca.edu.co/psiconeuroinmunologia.htm)

KRZEMIEN Deysi. Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino/Deysi Krzemien, Sebastián Urquijo y Alicia Monchetti. Universidad Nacional de Mar del Plata–Argentina. 2004 www.psicothema.com

MIGUEL A, Laura. Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 2004. Universidad Autónoma de Barcelona. España http://www.tdx.cesca.es/TDX_0927102_142041/

PIÑA L Julio A. Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH/Julio Alfonso Piña López, Andrés Ernesto Corrales Rascón, KatherineMungaray Padilla y Manuel Alejandro Valencia Vidrio. Revista Panamericana de Salud Pública. 2006

REMOR, Eduardo. Valoración de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en pacientes VIH positivos. Universidad de Oviedo–España. 2002

Trabajos de Graduación

MARTÍNEZ, Rebeca. Actitudes de una muestra de estudiantes y docentes hacia la presencia, en el aula de clases, de una estudiante embarazada / Rebeca Martínez de Delgado – 2002 – 237 páginas – Trabajo de graduación (Maestría) – Universidad de Panamá.

PINZÓN Yesica. Estilos de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento Antirretroviral/ Yesica Pinzón V – 2008 – 131 páginas – Trabajo de graduación (Licenciatura) – Universidad de Panamá.

UREÑA Karla. Intervención Cognitiva – Conductual en un grupo de pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de hogares crea de Chilibre tendiente a mejorar el control de la ira/Karla Urefia. – 2010 -- Trabajo de graduación (Maestría) – Universidad de Panamá.

Páginas Electrónicas

BAYÉS Ramón Psicología y Sida Análisis Funcional de los Comportamientos de Riesgo y Prevención / Ramón Bayés Universidad Autónoma de Barcelona.--
[http //www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=467](http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=467)

GARCÍA H Enrique Guia de actuación para Profesionales Sociosanitarios / Enrique García, Manuel Carvallo y Ramón Bayés
[Www.Fundacionfit.Org/Documentos/Guia Doc Counselling en VIH/SIDA](http://Www.Fundacionfit.Org/Documentos/Guia_Doc_Counselling_en_VIH/SIDA)

MARTINEZ C L Alteraciones Psicológicas en el paciente de VIH Hospital General Universitario Valencia--España
[http //www.aamic.es/areas tematicas/documentos/TEMA_AAMIC_100105_01.pdf](http://www.aamic.es/areas tematicas/documentos/TEMA_AAMIC_100105_01.pdf)

OBLITAS, Luis A 2008 Panorama de la Psicología de la Salud Revista electronica psicologia cientifica.com [http //www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia3141panorama-de-la-psicologia-de-la-salud.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia3141panorama-de-la-psicologia-de-la-salud.html)

ONUSIDA. Situación de la Epidemia de SIDA 2007
[http //www.onusida.org/co/2007_epiupdate_es.pdf](http://www.onusida.org/co/2007_epiupdate_es.pdf)

ONUSIDA Aspectos psicosociales personas viviendo con VIH/ SIDA
[http.//www.onusida.org/co/v7.htm](http://www.onusida.org/co/v7.htm)

REMOR, Eduardo Apoyo Social y Calidad de Vida en la infección por VIH Universidad Autónoma de Madrid 2002
[http //www.uam.es/otros/PSPDLab/apoyosocial-qol_sida Remor2002.pdf](http://www.uam.es/otros/PSPDLab/apoyosocial-qol_sida_Remor2002.pdf)

RODRÍGUEZ, Nuria. Mayor fracaso virológico entre personas con problemas de salud mental [http //gtt.vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/23-03-07](http://gtt.vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/23-03-07)

SANTANA D Factores que influyen en la adherencia. Panamá.2002
[http //www.google.com/search?hl=es&q=FACTORES+QUE+INFLUYEN+EN+LA+ADHERENCIA&lr=lang_es](http://www.google.com/search?hl=es&q=FACTORES+QUE+INFLUYEN+EN+LA+ADHERENCIA&lr=lang_es)

VIECO Piedad L Duelo en el paciente con VIH --Universidad de San Buenaventura.-- Medellín Colombia
[http //www.google.com/search?hl=es&q=duelo+y+sida&lr=Dueloenelpacientecon VIH](http://www.google.com/search?hl=es&q=duelo+y+sida&lr=DueloenelpacienteconVIH)

Intervención Psicoterapéutica en Enfermedades Crónicas Terminales

http://www.amamecrisis.com.mx/curso_intervencion_psicologica.php?id=intervencion_d

Enfermedades Crónicas

<http://www.centrodeapoyoapa.org/articulos/articulo.php?id=119>

Intervención Psicológica dirigida a personas que viven con VIH/SIDA

http://www.accessmylibrary.com/comsite5/bin/aml_landing_tt.pl?purchase_type=ITM&it.
World Health Organization Estimated number of people needing antiretroviral therapy (0-49 years) Panamá.2005 http://www.who.int/hiv/HIVCP_PAN.pdf

Antecedentes de la epidemia de SIDA en Panamá.

http://209.85.165.104/search?q=cache:YX2DPRx2lx0J:www.pasca.org/situacion/antecedentes_panama.pdf+antecedentes+de+la+epidemia+de+sida+en+panama&hl=es&ct=clink&cd=1

El VIH y el SIDA en Panamá y la intervención de USAID

http://www.usaid.gov/espanol/hiv_panama.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) Panamá. Hojas informativas sobre la atención y tratamiento de la infección por VIH/SIDA 2004

<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/a/PAN%20Hojas%20Informativas.pdf>

Lenguaje apropiado en VIH/SIDA

http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_es.php?ID=6369_201&ID2=DO_TOPIC

Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero de 2007) España.

http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/DcyRc_Recomendaciones_TAR_GESIDA_PNS_Impver1.pdf

Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en el año 2004

<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/RECOADHjulio04Definitivo2.pdf>

Acercamiento multidisciplinario para el trabajo en VIH/SIDA
www.mspas.gob.sv/pdf/SIDA_DOC/ACERCAMIENTO_MULTIDICIPLINARIO_PAR
A_EL_TRABAJO_EN_VIH.doc

http://www.cruzroja.org/notsemana/notsemana2003/diciembre/plan_vih sida.htm

Panamá Minorías Indígenas

<http://vihpositivo.blogspot.com/2007/06/panama-minorias-indigenas-y-vih.html>

ANEXOS

**CUADRO No 16 CASOS REPORTADOS DE SIDA POR REGIÓN DE SALUD, EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ
AÑO 2008 2009**

Región de Salud	Total	Años de Ocurrencia																		
		1984 1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
T. tal.	10711	368	120	205	293	348	382	466	538	692	611	719	715	679	697	787	799	742	851	699
Bocas del Toro	89	7	0	0	2	0	3	2	0	0	1	1	2	6	9	9	21	7	12	7
Coclé	190	4	1	3	6	4	6	13	20	5	11	5	19	10	9	14	15	10	21	14
Colón	1711	29	7	21	29	42	38	71	75	96	120	140	135	163	127	132	155	79	151	101
Chiriquí	425	11	7	14	15	13	19	24	18	34	25	34	37	29	33	26	17	31	16	22
Darien	28	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	3	1	2	0	2	6	2	3	4
Herrera	93	5	2	2	3	6	10	5	5	6	5	4	6	4	4	6	6	5	2	7
Los Santos	81	2	3	0	1	3	2	5	3	8	5	4	7	4	8	7	5	8	2	4
Panamá Este	194	2	1	1	6	7	11	7	9	11	7	9	15	11	8	14	18	22	22	13
Panamá Oeste	1139	39	12	14	27	31	33	42	59	78	74	64	72	79	67	85	77	110	92	84
Panamá Metr	4395	207	54	112	138	177	170	193	225	290	225	292	260	227	270	302	284	312	354	303
San Miguelito, Las Cumbres y Chiriquí	2085	58	29	33	56	59	79	88	113	152	130	149	138	126	144	156	163	137	153	122
Veraguas	122	2	4	2	10	3	7	10	8	11	2	5	7	8	6	9	9	6	9	4
Comarca Kun Yai	93	1	0	3	0	3	4	3	3	1	5	6	10	7	9	13	10	8	2	5
Comarca Ngobe Bugi	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	1	1	7	11	5	12	8
N. Especificado	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5	2	0	0	1

Fuente Documental: Departamento de Vigilancia de Paises y Protector de Riesgos en la Salud de Enfermedades, Sección de Estadística.

Fuente Institucional: Departamento de Registros Estadística de Salud, MINSA.

**CUADRO NO 17 CASOS Y LETALIDAD POR SIDA REPORTADOS SEGUN SEXO Y GRUPO DE EDAD EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ
AÑO 2008 2009**

Grupo de Edad	Total			Sexo					
	Casos	Muerte	Porcentaje	Hombre			Mujer		
				Casos	Muerte	Porcentaje	Casos	Muerte	Porcentaje
Total	10 711	7 346	68 6	8.009	5 592	69 8	2 702	1 754	64 9
0 4	291	157	54 0	154	80	51 9	137	77	56 2
5 14	100	51	51 0	49	26	53 1	51	25	49 0
15 24	950	616	64 8	598	389	65 1	352	227	64 5
25 34	3 301	2 312	70 0	2 459	1 739	70 7	842	573	68 1
35 44	3 175	2 188	68 9	2 411	1 689	70 1	764	499	65 3
45 54	1 772	1 205	68 0	1 415	986	69 7	357	219	61 3
55 y más	1 067	776	72 7	877	646	73 7	190	130	68 4
No especificado	55	41	74 5	46	37	80 4	9	4	44 4

Nota: Cifras sujetas a cambio debido a la depuración que se realiza a las bases de datos.

1/ Cálculo por cada 100 casos.

Fuente Documental: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y de Enfermedades. Sección de Estadística.

Fuente Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA.

CUADRO No 18 CASOS Y LETALIDAD DE SIDA REPORTADOS SEGUN AÑOS 1984 A 2009

Región de Salud	Total	Factor de Riesgo						Especificado
		Homo-Bisex	Hetero-Sexual	Transfusión	Hemofílico	Drogas L.V	Perinatal	
Total.	10711	1732	5532	18	17	106	339	2967
Bocas del Toro	89	23	31	0	0	0	3	32
Coclé	190	16	81	0	0	0	7	86
Colón	1711	168	1116	5	1	11	60	350
Chiriquí	425	115	222	0	0	5	20	63
Darien	28	2	16	1	0	0	3	6
Herrera	93	27	19	0	1	1	1	44
Los Santos	81	37	12	0	0	0	0	32
Panamá Este	194	15	107	0	1	0	16	55
Panamá Oeste	1139	196	623	2	8	7	35	268
Panamá Metro	4395	792	2092	6	4	64	105	1332
San Miguelito Las Cumbres y Chilibre	2085	297	1131	3	2	17	77	558
Veraguas	122	19	47	1	0	1	7	47
Comarca Kuna Yala	93	13	14	0	0	0	4	62
Comarca Ngobe Bugle	53	12	18	0	0	0	1	22
No Especificado	13	0	3	0	0	0	0	10

Nota: Se refiere a casos acumulados en el periodo indicado.

Fuente Documental: Departamento de Epidemiología, Sección de Estadística.

Fuente Institucional: Departamento de Registros Médicos y Estadística. MINSA.

**CUADRO No 19 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ
AÑO 2008 2009**

Causas 1/	Años					
	2008			2009		
	Nº	Tasa 2/	Posición	Nº	Tasa 2/	Posición
Total	15 115			15 498		--
Tumores Malignos	2 514	74 0	1	2 433	70 5	1
Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras Violencias	1 837	54 1	2	1 975	57 2	2
Enfermedades Isquémicas del Corazón	1 512	44 5	3	1 682	48 7	3
Enfermedades Cerebrovasculares	1 367	40 3	4	1 550	44 9	4
Diabetes Mellitus	887	26 1	5	744	21 6	6
Otras Enfermedades Isquémica del Corazón	805	23 7	6	843	24 4	5
Neumonía.	600	17 7	7	468	13 6	8
Enf Crónica de la Vía Respiratoria Inferiores	481	14 2	8	454	13,2	9
Enf Por Virus de la Inmuno- deficiencia Humana [VIH]	473	13 9	9	491	14,2	7
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	301	8 9	10	321	9 3	10
Las Demás Causas	4 338	127 8		4 537	131 5	

1/ Con base en la Lista de Mortalidad de 80 grupos de causas de la CIE 10

2/ Cálculo por 100,000 habitantes con base a la estimación de población.

No Aplica

Fuente Documental: Base de Datos de Estadísticas Vitales - Volumen III, Defunciones.

Fuente Institucional: Contraloría General de la República, Sección de Estadísticas Vitales.